



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**“ Γνώσεις και στάσεις Εκπαιδευτικών Δευτεροβάθμιας
Εκπαίδευσης ως προς τα Προγράμματα Αγωγής Υγείας ”**

Πολυμερίδου Μαρία
Εκπαιδευτικός, Βρεφονηπιοκόμος

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Δρ. Κουλούρη Αγορίτσα, Επιστημονικός Συνεργάτης,
Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Μέλη επιτροπής:

Δρ. Κουλούρη Αγορίτσα, Επ. Συνεργάτης, Τμήμα Ιατρικής
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
Δρ. Ρούπα Ζωή, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο
Λευκωσίας, Κύπρος
Δρ. Σωτηροπούλου Πηνελόπη, Καθ. Εφαρμογών, Τμήμα
Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Υγείας, ΑΤΕΙ Αθήνας

ΛΑΡΙΣΑ 2016



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



**Knowledge and attitudes of secondary school teachers to health
education programs**

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Πίνακας Περιεχομένων	3
Ευχαριστίες	5
Περίληψη	6
Abstract.....	8
Εισαγωγή.....	9
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΣΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	12
1.1 Ο εκπαιδευτικός ως πρότυπο συμπεριφοράς για τους μαθητές.....	12
1.2 Ο ρόλος που επιτελεί η επιμόρφωση και η εμπειρία των Εκπαιδευτικών στη διεξαγωγή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας.....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	16
2.1 Η εφαρμογή των προγραμμάτων υγείας στην εκπαίδευση.....	16
2.2 Η συμβολή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΣΧΟΛΕΙΟ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ.....	23
3.1 Το σχολείο ως τοποθεσία εφαρμογής της Προαγωγής Υγείας.....	23
3.2 Το σχολείο προαγωγής της Υγείας.....	24
3.3 Η Αγωγή Υγείας στο Ελληνικό σχολείο.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	30
4.1. Σκοπός.....	30
4.2 Ερευνητικά ερωτήματα.....	30
4.3 Μεθοδολογία Έρευνας.....	30

4.4. Δείγμα.....	31
4.5. Ερευνητικό Εργαλείο.....	31
4.6. Συλλογή Δεδομένων.....	32
4.7. Ηθική Δεοντολογία.....	33
4.8. Ανάλυση Δεδομένων.....	33
4.9. Περιορισμοί έρευνας.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	34
5.1. Δημογραφικά στοιχεία Εκπαιδευτικών.....	34
5.2 Επιμόρφωση & εμπειρία Εκπαιδευτικών στα προγράμματα Αγωγής Υγείας.....	37
5.3 Η εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στην εκπαίδευση.....	42
5.4 Η συμβολή των Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας.....	44
5.5 Προτάσεις των εκπαιδευτικών για τα Προγράμματα Αγωγής Υγείας.....	46
5.6 Συσχετίσεις παραμέτρων.....	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	54
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	55
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	60
Υπόδειγμα ερωτηματολογίου	

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την ολοκλήρωση της παρούσας ερευνητικής εργασίας, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στην καθηγήτρια Δρ. Κουλούρη Αγορίτσα για τις σημαντικές υποδείξεις της που συνέβαλαν στην άρτια διαμόρφωση του περιεχομένου και της δομής της μελέτης και τη σταθερή ενθάρρυνσή της καθ' όλη τη διάρκεια της συγγραφής.

Από την καρδιά μου ευχαριστώ, την καθηγήτρια Δρ. Ρούπα Ζωή για την ουσιαστική καθοδήγησή της και την εμπιστοσύνη που μου έδειξε αναθέτοντάς μου να ασχοληθώ με αυτό το θέμα. Επίσης, ευχαριστώ την καθηγήτρια Δρ. Σωτηροπούλου Πηνελόπη που συμμετείχε ουσιαστικά στην αξιολόγηση της εργασίας μου.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω, την οικογένειά μου και τους φίλους μου για την αδιάλειπτη υποστήριξη και τη συμπαράστασή τους καθώς επίσης και τους Συναδέλφους μου εκπαιδευτικούς από τα σχολεία της Λάρισας, που με προθυμία συνέβαλαν στη διεξαγωγή της μελέτης.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η παρούσα μελέτη εξετάζει τις γνώσεις και τις στάσεις των Εκπαιδευτικών Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης του νομού Λάρισας σε σχέση με την οργάνωση και υλοποίηση προγραμμάτων Αγωγής Υγείας. Τα προγράμματα Αγωγής Υγείας οδηγούν σε σημαντικές βελτιώσεις της υγείας και της γενικής ευημερίας των μαθητών, καθώς μπορούν να τροποποιήσουν τις επικίνδυνες για την υγεία συμπεριφορές.

ΣΚΟΠΟΣ της εργασίας είναι, η διερεύνηση της σημερινής κατάστασης στα Σχολεία Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης της Λάρισας σχετικά με τα προγράμματα Αγωγής Υγείας. Επιπλέον η μελέτη αποσκοπεί στην αξιολόγηση, ανάλυση και παρουσίαση του ρόλου που διαδραματίζουν τα προγράμματα Αγωγής Υγείας, στα σχολεία της δεύτερης βαθμίδας της εκπαίδευσης καθώς και της πιθανής αναγκαιότητας υλοποίησής τους, από το πρίσμα των Λειτουργιών της.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Διεξήχθη ποσοτική έρευνα, σε τυχαίο δείγμα Εκπαιδευτικών της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, μέσα από την ανάπτυξη δομημένου αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου, το οποίο δόθηκε σε 213 εκπαιδευτικούς της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, προκειμένου να διερευνηθεί το επίπεδο επιμόρφωσης και εμπειρίας τους στα προγράμματα Αγωγής Υγείας. Αναλύσεις εξαρτήσεων Chi-Square και συσχετίσεων κατά Spearman πλαισιώνουν τις στατιστικές μεθόδους (παραμετρική και μη παραμετρική ανάλυση) που εφαρμόστηκαν στην παρούσα διπλωματική εργασία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην έρευνα συμμετείχαν 213 εκπαιδευτικοί (37.7% Άνδρες, 62.3% Γυναίκες) της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, ηλικίας από 22 έως 65 ετών. Μετά την ανάλυση των στοιχείων που συλλέχθηκαν, βρέθηκε ότι, η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών (41.8%), θεωρεί ότι τα προγράμματα Αγωγής Υγείας βοηθάνε στην αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών σε θέματα υγείας των μαθητών στο μέγιστο, καθώς υποστηρίζουν ότι δίνεται η δυνατότητα στους μαθητές να αποκτήσουν γνώσεις και δεξιότητες, ώστε να επιλέξουν έναν υγιεινό τρόπο ζωής. Ωστόσο, η πλειοψηφία των Εκπαιδευτικών (55.4%) δήλωσε ότι δεν έχει παρακολουθήσει επιμορφωτικά σεμινάρια για τη σχεδίαση και υλοποίηση αντίστοιχων προγραμμάτων. Η συμβολή των προγραμμάτων θεωρείται ότι είναι θετική όχι μόνο στους ιδίους και στους μαθητές, αλλά και στην ατομική και δημόσια υγεία (95.8%). Τέλος, υποστηρίζουν (88.2%) ότι η εμπλοκή ειδικών επαγγελματιών υγείας (ιατρών, νοσηλευτών, κ.α.) θα βοηθούσε σημαντικά στην επίτευξη των στόχων της Προαγωγής της Υγείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Υπάρχουν πολλοί ανασταλτικοί παράγοντες για τη μη υλοποίηση ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας, με κυριότερο τον παράγοντα της έλλειψης στήριξης από το επαγγελματικό περιβάλλον αλλά και την αδιαφορία των ίδιων των μαθητών. Επιπρόσθετα, στους εκπαιδευτικούς δεν παρέχονται οι ευκαιρίες και πολλές φορές η δυνατότητα να βελτιώσουν τις γνώσεις τους, έτσι ώστε να μπορούν να συμβάλουν στη διεξαγωγή ενός αποτελεσματικού

προγράμματος Αγωγής Υγείας. Αν και καταβάλλονται προσπάθειες από την πλευρά τους, ωστόσο το ποσοστό των εκπαιδευτικών που αναλαμβάνει να υλοποιήσει τέτοιου είδους προγράμματα ανέρχεται μόλις σε 44.6%, ποσοστό που θεωρείται χαμηλό για τα δεδομένα της εποχής.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Προγράμματα Αγωγής Υγείας, Προαγωγή Υγείας, Δευτεροβάθμια εκπαίδευση, επιμόρφωση.

ABSTRACT

SUBJECT: This paper examines the knowledge and attitudes of teachers of Secondary Education of Larissa prefecture in terms of health education programs. The health education programs lead to significant improvements in health and general welfare of students as they alter risky health behaviors.

PURPOSE: The purpose of this study is to investigate the current situation in the Secondary Schools of Larissa on Health Education Programs. At the same time this work aims to explore, analyze and present the necessity and the role played by health education programs in schools tier of education from the perspective of teachers.

METHOD: For the purpose of the study a quantitative survey was conducted a questionnaire, a random sample of teachers of Secondary Education. In particular, a comprehensive data collection and developing a structured self-administered questionnaire, which was distributed to 213 teachers of Secondary Education to investigate the level of training and experience of these teachers in health education programs. Analysis Chi-Square and Spearman correlations dependencies frame statistical methods used in this thesis.

RESULTS: The sample consisted of 213 teachers (37.7% men, 62.3% women) in secondary education, aged from 22 years to 65 years. Based on analysis of the responses, the majority of teachers (41.8%) considers that the Health Education programs help to change attitudes and behaviors of students' health to the maximum, as well as support (41.8%) that is given and enables students to acquire knowledge, skills for a healthy lifestyle to the fullest. However, the majority of teachers said he has not attended training sessions on the design and implementation of a health education program (55.4%). The contribution of Programs felt it was positive not only for themselves and the students, but also to individual and public health (95.8%). Finally, they argue that the involvement of specialists (doctors, nurses, etc.) would significantly help to achieve health promotion goals (88.2%).

CONCLUSIONS: There are many hurdles for failure to implement a Health Education Program, the main factor to the lack of support from the business environment and the indifference of the students themselves to them. Additionally, teachers are not given opportunities and many times the opportunity to improve their knowledge so that they can contribute to the conduct of an effective health education program. Although efforts are being made on their part, however, the percentage of teachers who undertake to implement such programs amounts to only 44.6%, which is considered low by the standards of the time.

KEYWORDS: Health education programs, health promotion, secondary education, training

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία αποτελούσε πάντοτε ένα μείζον θέμα στον τομέα της εκπαίδευσης. Πολλά προγράμματα σπουδών τόσο της Πρωτοβάθμιας όσο και της Δευτεροβάθμιας βαθμίδας εκπαίδευσης σε αρκετές χώρες περιλαμβάνουν προγράμματα Αγωγής Υγείας. Η θεματολογία των προγραμμάτων αφορά στην εκπαίδευση σε θέματα γενικής υγείας, διατροφής, υγιεινού τρόπου ζωής, οικογενειακού προγραμματισμού, πρόληψης και η θεραπείας ασθενειών καθώς και τις διαφυλικές σχέσεις και σεξουαλική υγεία. Η εκπαίδευση σε θέματα υγείας συχνά πραγματοποιείται, σε συνδυασμό με άλλα μέτρα που λαμβάνονται, για τη βελτίωση της ευημερίας του πληθυσμού και την προώθηση της ανάπτυξης του ατόμου και της κοινότητας.[1]

Η εκπαίδευση είναι ένας σημαντικός και καθοριστικός παράγοντας για την υγεία. Η σχέση της εκπαίδευσης με το επίπεδο υγείας και η αντίστοιχη εμπειρία τόσο στις αναπτυσσόμενες όσο και στις ανεπτυγμένες χώρες δείχνει ότι η παροχή παιδείας και η εφαρμογή των τυπικών προγραμμάτων εκπαίδευσης μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικές βελτιώσεις στην υγεία και τη γενική ευημερία.[2] Οι πληθυσμοί που είναι πιο πιθανό να υποφέρουν από προβλήματα υγείας δεν είναι μόνο οι φτωχότεροι, αλλά και εκείνοι με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης. Τα σχολικά προγράμματα εκπαίδευσης σε θέματα υγείας, μπορούν να μειώσουν τις επικίνδυνες για την υγεία συμπεριφορές, όπως είναι η χρήση καπνού, η κακή διατροφή, η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας καθώς και η χρήση εθιστικών ουσιών και αλκοόλ.[3]

Η έννοια της εκπαίδευσης για την υγεία, η οποία περιλαμβάνει επιπλέον και την ευρύτερη έννοια της προαγωγής της υγείας και δίνει έμφαση στην πρόληψη, είναι ολοένα και πιο εστιασμένη στη μάθηση και την ενδυνάμωση. Νέες μέθοδοι διδασκαλίας στην εκπαίδευση για θέματα υγείας έχουν κερδίσει έδαφος. Στο πλαίσιο της Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, οι σημαντικές αλλαγές αντανακλούν στην αναγνώριση του ότι η εκπαίδευση έχει υψηλή συνάφεια με τα τρέχοντα κοινωνικά ζητήματα και την υγεία.[4]

Η ένταξη προγραμμάτων Πρόληψης και Αγωγής Υγείας στην εκπαίδευση, ως εργαλείο για την προαγωγή της υγείας, είναι ζωτικής σημασίας για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Ωστόσο, στην Ελλάδα δεν έχει λάβει πάντα την απαιτούμενη προσοχή. Το περιορισμένο ενδιαφέρον οφείλεται σε διάφορους παράγοντες, μεταξύ των οποίων: η έλλειψη κατανόησης της εκπαίδευσης για την υγεία, από εκείνους που εργάζονται σε αυτόν τον τομέα, η έλλειψη γνώσης σχετικά με τους ορισμούς και τις έννοιες της εκπαίδευσης και προαγωγής της υγείας, καθώς και οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι εκπαιδευτικοί, για την υποστήριξη της αποτελεσματικότητας και παρουσίασης απτών αποτελεσμάτων της πρακτικής εκπαίδευσης, σε θέματα υγείας.[5]

Αφετηρία σχετικά με την προαγωγή της υγείας θεωρείται ο Χάρτης της Ottawa, ο οποίος το 1986, καθόρισε την έννοια της Προαγωγής της Υγείας ως «τη διαδικασία που δίνει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να αυξήσουν τον έλεγχο πάνω τους και να βελτιώσουν την υγεία τους».[6]

Για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης, η Προαγωγή της Υγείας, θεωρείται ως ένας συνδυασμός των δραστηριοτήτων της εκπαίδευσης για την υγεία, και της υιοθέτησης δημόσιων πολιτικών υγείας. Οι δημόσιες πολιτικές για την υγεία παρέχουν τα περιβαλλοντικά στηρίγματα που ενθαρρύνουν και ενισχύουν την αλλαγή της συμπεριφοράς. Οι γνώσεις για την υγεία είναι προϊόν της αποτελεσματικής εκπαίδευσης για αυτήν, της αύξησης των ικανοτήτων των ατόμων να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και να χρησιμοποιούν ικανοποιητικά πληροφορίες για να πάρουν τις κατάλληλες αποφάσεις για την υγεία τους και τη ζωή τους γενικότερα.[7]

Από το σχολείο εκπορεύονται οι βασικότεροι λόγοι προώθησης των συμπεριφορών υγείας. Είναι εξακριβωμένο ότι οι άσχημες για την υγεία καταστάσεις και συμπεριφορές, έχουν τη βάση τους στα πρώτα βήματα της ζωής ενός ανθρώπου και συνεχίζονται κατά την εφηβεία του. Συνεπώς το σχολείο, κατά τη διάρκεια που οι νέοι αναπτύσσονται, μεγαλώνουν και ωριμάζουν τους βοηθά να αποκτήσουν υγιείς συνήθειες, και διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη σωστή προώθηση και εγκατάσταση συμπεριφορών υγείας.[8] Το σχολείο λοιπόν, πρέπει να έχει ως στόχο να καθοδηγεί με τέτοιο τρόπο τους νέους ώστε να επιλέγουν υγιείς συμπεριφορές και να τους εφοδιάζει με γνώσεις του τομέα της υγείας σε όλο το διάστημα που βρίσκονται στο σχολικό περιβάλλον.[9]

Η επιμόρφωση των εκπαιδευτικών θεωρείται ως ένας βασικός παράγοντας, που καθορίζει την ποιότητα των προγραμμάτων Αγωγής της Υγείας που καλούνται να υλοποιήσουν.[10] Οι μελέτες υποστηρίζουν ότι, οι εκπαιδευτικοί, που έχουν εξειδικευτεί σε ζητήματα προαγωγής της υγείας, είναι πιο πιθανό να συμμετέχουν σε προγράμματα στοχευμένα σε συμπεριφορές υγείας και να έχουν μια πιο ολιστική προσέγγιση της εκπαίδευσης, σε θέματα προαγωγής και πρόληψης σε σχέση με εκείνους που δεν έχουν λάβει τέτοιου είδους εκπαίδευση. Το αίσθημα της αρμοδιότητας/καθήκοντος και το κίνητρό τους να συμβάλουν στην προαγωγή της υγείας, συνδέονται επίσης άμεσα με την εκπαίδευση.[11,12,13]

Οι αιτίες που ένα πρόγραμμα Αγωγής Υγείας μπορεί να αξιολογηθεί ως μη αποτελεσματικό ποικίλουν. Βρέθηκε ότι ο κύκλος των γνώσεων και οι ανάγκες των μαθητών συνεχώς τροποποιούνται και συνεπώς προκειμένου να βελτιωθούν πρέπει να προωθηθεί η δημιουργία νέων προγραμμάτων.[14] Επιπρόσθετα η επίδραση που ασκεί ένα πρόγραμμα στους μαθητές, μπορεί να είναι σε χαμηλότερα επίπεδα από αυτή που δέχονται από το οικογενειακό ή το τοπικό κοινωνικό περιβάλλον ή και από τα μέσα ενημέρωσης, που όπως υποστηρίζεται από σχετικές έρευνες, ασκούν υψηλή επιρροή. Επίσης η

καλή προδιάθεση των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα επηρεάζει το πρόσημο της αξιολόγησής τους.[2]

Πληθώρα ερευνητικών μελετών έχουν διεξαχθεί τα τελευταία χρόνια στο σχολικό περιβάλλον για το ζήτημα της υγείας στην εκπαίδευση.[11,15-20] Τα αποτελέσματά τους καταδεικνύουν τη σημασία της προαγωγής της υγείας, τόσο ως ένα τρόπο βελτίωσης της υγείας όσο και ως ένα μέσο που βοηθά τους μαθητές να επιτύχουν καλύτερα αποτελέσματα στον εκπαιδευτικό τομέα. Ωστόσο, στην Ελληνική βιβλιογραφία, είναι ελάχιστες οι μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί για το θέμα αυτό.

Η παρούσα εργασία έχει ως στόχο να διερευνήσει τη σημερινή επικρατούσα κατάσταση στα Σχολεία Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης του νομού Λάρισας σε σχέση με την οργάνωση και υλοποίηση προγραμμάτων Αγωγής Υγείας. Ο λόγος ενασχόλησης με το παρόν θέμα έγκειται στις εξελίξεις και τις αλλαγές που έχουν προκύψει στον τομέα της εκπαίδευσης τα τελευταία χρόνια καθώς πολλοί από τους εργαζόμενους στην Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση, φαίνεται να μη διαθέτουν ούτε την κατάλληλη στήριξη από το κράτος, αλλά ούτε και την απαραίτητη επιμόρφωση σε ό,τι αφορά τη διενέργεια των προγραμμάτων Αγωγής της Υγείας.[21,22] Επιπλέον η μελέτη αποσκοπεί στη διερεύνηση επίσης, ανάλυση και παρουσίαση του ρόλου που διαδραματίζουν τα προγράμματα αγωγής υγείας στα σχολεία της δεύτερης βαθμίδας της εκπαίδευσης, καθώς και της πιθανής αναγκαιότητας της υλοποίησής τους.

Η παρούσα μελέτη αναμένεται ότι, θα αναδείξει σημαντικά στοιχεία και αποτελέσματα, ικανά να αξιοποιηθούν στο μέλλον, όχι μόνο από την εκπαιδευτική κοινότητα και τους Διευθυντές των σχολικών μονάδων, αλλά και τους μελλοντικούς ερευνητές και τους πολιτικούς φορείς που επιθυμούν να σχεδιάσουν δράσεις επιμόρφωσης και προγράμματα Αγωγής Υγείας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΠΗΜΟΡΦΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΣΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Ο εκπαιδευτικός ως πρότυπο συμπεριφοράς υγείας για τους μαθητές

Οι θεωρίες για τις “συμπεριφορές υγείας” υποστηρίζουν ότι οι εκπαιδευτικοί είναι αυτοί που ασκούν την πιο μεγάλη επιρροή στη συμπεριφορά, για την απόκτηση υγιεινών συνηθειών, στους μαθητές. Με βάση τις θεωρίες αυτές ο εκπαιδευτικός συνιστά έναν ενήλικα που έχει επιρροή στη συμπεριφορά των νέων, είτε διότι αποτελεί ένα σημαντικό πρότυπο για αυτούς, είτε επειδή παρέχει κανόνες πρακτικής ή κοινωνικής υποστήριξης σε αυτούς.[8]

Οι κατευθυντήριες οδηγίες που παρέχονται από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων για τα προγράμματα υγείας, που αφορούν τα σχολεία και κυρίως την υγιεινή διατροφή, θεωρούν ως το σοβαρότερο παράγοντα για την υποστήριξη και ώθηση προς την συνήθεια της υγιεινής διατροφής των μαθητών, το ίδιο το σχολείο. Το είδος της διατροφής που διατίθεται στους μαθητές στα σχολεία όπως και το πρότυπο που προσφέρουν οι εκπαιδευτικοί στους μαθητές, όσον αφορά την διατροφή τους, αποτελούν ένα σπουδαίο παράγοντα στην όλη διαδικασία.[23]

Οι εκπαιδευτικοί επιτελούν ένα σημαντικό ρόλο στη λειτουργία του σχολείου. Με βάση αυτή την παραδοχή και στόχο τη θετική κατεύθυνση για την τροποποίηση της συμπεριφοράς, το εκπαιδευτικό ίδρυμα και οι απασχολούμενοι επαγγελματικά με την υγεία, πρέπει να διακινηθούν ώστε να εφαρμοστούν επιτυχώς προγράμματα Αγωγής Υγείας, τα οποία θα προσφέρουν στήριξη τόσο στους εκπαιδευτικούς όσο και στους μαθητές.[24]

Οι εκπαιδευτικοί και γενικότερα το σχολείο, θεωρείται ότι πρέπει να στοχεύουν στην κάλυψη των αναγκών και στην επίλυση των προβλημάτων των μαθητών. Μελέτες υποστηρίζουν ότι οι εκπαιδευτικοί κατέχονται από άγχος, αισθάνονται ότι τους υποτιμούν οι ανώτεροι, η ίδια η κοινωνία, ακόμα και οι μαθητές. Για το λόγο αυτό δεν είναι ικανοποιημένοι με τα προγράμματα υγείας, που ασχολούνται μόνο με την υγεία των μαθητών, ενώ παραμελούν και ενίοτε αδιαφορούν για την προώθηση της δικής τους υγείας. Υπάρχει συνεπώς η ανάγκη να αναγνωρίζεται η θετική συμβολή τους, από αυτούς που έχουν την ευθύνη σχεδιασμού των προγραμμάτων, αλλά και να τους δίνεται η ευκαιρία να μπορούν να μετέχουν στην οργάνωσή τους, και να λαμβάνουν μέρος ως ενεργά μέλη στην υλοποίησή τους.[12]

Η ουσιαστική ενημέρωση των εκπαιδευτικών σε θέματα υγείας, μπορεί να ερμηνευτεί και ως η δυνατότητα αυτών να αποκτήσουν και να κατανοήσουν τις πληροφορίες για την υγεία, σε συνδυασμό και με τους φορείς που προσφέρουν υπηρεσίες φροντίδας υγείας, ώστε να χρησιμοποιούν

τις γνώσεις αυτές για θέματα σχετικά με τη βελτίωση της υγείας των μαθητών. Οι γνώσεις περί υγείας τόσο στον καθηγητή όσο και στον μαθητή είναι το ίδιο σπουδαίες, όπως και οι καλές σχέσεις καθηγητή και μαθητή, έχουν τη δυνατότητα να προσφέρουν βοήθεια στην προετοιμασία του εκπαιδευτικού, προκειμένου να συμμετέχει ενεργά στην προαγωγή της υγείας διαμέσου του σχολείου.[25]

Ο εκπαιδευτικός που ασχολείται με προγράμματα προαγωγής υγείας, θα πρέπει να διαθέτει χαρακτηριστικά όπως:

1. Να χρησιμοποιεί κατά την υλοποίηση των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.
2. Να έχει γνώσεις όσον αφορά την υγεία των καταναλωτών, την υγιεινή του περιβάλλοντος, τη δημόσια υγιεινή, την ψυχική υγεία, τη διατροφή του πληθυσμού, την υγιεινή του ατόμου, να ενημερώνει σχετικά με τον εθισμό στις ουσίες και να ασχολείται μέσω των προγραμμάτων με την πρόληψη των ασθενειών.
3. Να θεωρεί την Αγωγή Υγείας στο σχολείο ως ένα σημαντικό στοιχείο του σχολικού προγράμματος.
4. Να εφαρμόζει περιεκτική διδασκαλία για υγιεινές συνήθειες, συμβατές και ενταγμένες στα προγράμματα διδασκαλίας.
5. Να ασκεί μέθοδο διδασκαλίας για Αγωγή Υγείας, ανάλογα με το επίπεδο και την ηλικία του μαθητή.
6. Να μπορεί μέσω της διδακτικής να μεταδίδει στο μαθητή τον τρόπο να παίρνει αποφάσεις για θέματα που επηρεάζουν την υγεία του.
7. Να συγκεντρώνει και να αξιοποιεί τις πηγές πληροφοριών που αφορούν θέματα υγείας.
8. Να εισάγει την οικογένεια και την κοινότητα στη διαδικασία ανάπτυξης και υιοθέτησης υγιεινών συμπεριφορών.
9. Να επιδεικνύει κατανόηση για τη σημαντική θέση που κατέχει η κουλτούρα, ο πολιτισμός και τα ατομικά πιστεύω, στην ανάληψη αποφάσεων όταν πρόκειται για θέματα υγείας.
10. Να συνεργάζεται με ομάδες και συλλόγους σε σχολικό αλλά και σε επίπεδο κοινότητας, προκειμένου να εφαρμόζει πολιτικές που αφορούν την υγεία.[8]

1.2 Ο ρόλος της επιμόρφωσης και της εμπειρίας των Εκπαιδευτικών στη διεξαγωγή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας

Ο ρόλος του εκπαιδευτικού σήμερα είναι πολυσύνθετος και διαφορετικός από αυτόν, του εκπαιδευτικού του παρελθόντος. Ο σημερινός εκπαιδευτικός θα πρέπει να είναι σε θέση να: α) διορθώσει, αλλά, και να μην κάνει ο ίδιος λάθη που μπορεί να έχουν γίνει από προηγούμενους εκπαιδευτικούς στο παρελθόν, κατά την διεξαγωγή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας και β) να μην είναι προκατειλημμένος ή να έχει χαμηλές προσδοκίες από τους μαθητές του. Αυτές οι συμπεριφορές μπορεί να τον οδηγήσουν στο να παραμελήσει, ή και να βάλει κάποιους μαθητές στο περιθώριο ή να μην τους βοηθήσει με τον κατάλληλο τρόπο να αποκτήσουν και να υιοθετήσουν υγιεινές συνήθειες και συμπεριφορές. Είναι βασικό, να είναι ψυχολογικά έτοιμος και καταρτισμένος, και να έχει εφεδρικό σχέδιο για πιθανά προβλήματα που μπορεί να εμφανιστούν ή να κληθούν να αντιμετωπίσουν οι μαθητές του κατά τη διεξαγωγή του προγράμματος. Επίσης, θα πρέπει να γνωρίζει τους θεμελιώδεις κανόνες της ψυχολογίας και να είναι κοντά στα παιδιά, παρέχοντάς τους ψυχολογική στήριξη όποτε και αν απαιτηθεί.[26] Η παροχή βοήθειας και ψυχολογικής υποστήριξης στους μαθητές δύναται να πραγματοποιηθεί:

A. Μέσω της συμβουλευτικής οδού

Είτε είναι για κάποιο σχολικό πρόβλημα είτε είναι για κάποιο προσωπικό θέμα. Ο πιο σημαντικός ρόλος ενός εκπαιδευτικού είναι ο συμβουλευτικός, εκεί όπου ο εκπαιδευτικός λειτουργεί ως Μέντορας. Δημιουργεί και εμπνέει αισθήματα σεβασμού στο μαθητή. Η συμβουλή βοηθάει στην επικοινωνία και τη συνεργασία μεταξύ καθηγητή και μαθητή και η παρότρυνση αυξάνει την εργατικότητα και τη φιλομάθεια.[4]

B. Μέσα από την παρακίνηση/ενθάρρυνση του μαθητή

Οι μαθητές, πολλές φορές, μπορεί να έχουν αντιμετωπίσει στο παρελθόν κάποιο πρόβλημα με το σχολείο ή να έχουν κάποια πολύ αρνητική εμπειρία σε ότι έχει να κάνει με το σχολικό περιβάλλον. Έρευνες έχουν δείξει ότι συχνά οι μαθητές κυριεύονται από χαμηλή αυτοπεποίθηση, έχουν έλλειψη ενδιαφέροντος, μειωμένη αποδοτικότητα, που κυρίως οφείλεται στο μειωμένο ενδιαφέρον, στην έλλειψη πίστης αλλά και στην μη ύπαρξη προσωπικών φιλοδοξιών. Τέτοιες καταστάσεις αυξάνουν τις πιθανότητες για τάσεις φυγής, και δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις παιδιών, που παύουν να πιστεύουν στον εαυτό τους και εγκαταλείπουν κάθε προσπάθεια. Ο εκπαιδευτικός για να μπορέσει να αποτρέψει ή να διορθώσει αυτά τα φαινόμενα, πρέπει να αντιλαμβάνεται τα προβλήματα των μαθητών και να προσπαθεί να τους εμπνεύσει, να τους ενθαρρύνει, να επιβραβεύει τις προσπάθειές τους τόσο προφορικά όσο και έμπρακτα.[27]

Γ. Μέσω της επιβράβευσης του μαθητή

Οι μαθητές χρειάζονται και έχουν ανάγκη ενθάρρυνσης και ένας σπουδαίος τρόπος είναι δια μέσου της επιβράβευσης. Με ορθή χρήση η επιβράβευση μπορεί να γίνει ένα χρήσιμο εργαλείο, στα χέρια του εκπαιδευτικού, καθώς μπορεί ταυτόχρονα και να ενθαρρύνει και να εμπνεύσει τους μαθητές. Μπορεί να τους κάνει πιο εργατικούς ανεβάζοντας την αποδοτικότητα τους, μέσα από ένα σύστημα εργασίας και ανταμοιβής. Η επιβράβευση μπορεί να είναι είτε μια απλή επευφημία ενώπιον της τάξης είτε κάποιο προνόμιο ή συμβολικό βραβείο, κ.α.[28]

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο (της διεξαγωγής ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας) ο εκπαιδευτικός καλείται να επιτελέσει ένα σύνθετο και πολλαπλό ρόλο, για τον οποίο πρέπει να προετοιμαστεί κατάλληλα τόσο μέσω της αρχικής του εκπαίδευσης όσο και μέσω της επιμορφωτικής του υποστήριξης κατά τη διάρκεια της σταδιοδρομίας του. Οι μαθητές, ανεξάρτητα από το αν ανήκουν ή όχι σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, απαιτείται να έχουν την αίσθηση ότι αντιμετωπίζονται θετικά καθώς φέρουν μια κληρονομιά εμπειριών, προσωπικών κινήτρων και προσδοκιών για τη μάθησή τους. Η εκπαιδευτική διαδικασία πρέπει να θεωρείται από τον εκπαιδευτικό ως πρόκληση και να εφαρμόζονται μέθοδοι διδασκαλίας που χαρακτηρίζονται από θετικές προσδοκίες για την επίδοση των μαθητών και για την αλλαγή μη ορθών επιλογών και συμπεριφορών.[29]

Ο ρόλος του εκπαιδευτικού στο πρόγραμμα, πρέπει να μεταβάλλεται σταδιακά και από απλός μεταδότης γνώσεων να μετατρέπεται σε «διευκολυντής» της μάθησης. Στα πλαίσια αυτού του ρόλου οφείλει να κατανοεί τις ανάγκες των μαθητών, να τους παραπέμπει σε εκπαιδευτικό υλικό και να διευκολύνει την εποικοδομητική συνεργασία μεταξύ τους. Καλείται να προωθήσει πολιτικές για την ανάπτυξη και την ενεργοποίηση του ατόμου.[30]

Ο εκπαιδευτικός πρέπει να διαθέτει επικοινωνιακή ικανότητα, η οποία περιλαμβάνει την ικανότητα κατανόησης των παραγόντων που δρουν αρνητικά στις επιλογές του ατόμου, για μη υιοθέτηση ορθών συμπεριφορών, όσον αφορά την υγεία του. Θα πρέπει να διαθέτει ικανότητα ερμηνευτικής επικοινωνίας, η οποία καθιστά εφικτή την επικοινωνία σχετικά με τον τρόπο χρήσης των συμβόλων στο διαπολιτισμικό περιβάλλον. Και τέλος, ικανότητα διαλογικής επικοινωνίας δηλαδή να είναι σε θέση να έχει γνώση του τρόπου που επηρεάζουν οι κοινωνικές ταυτότητες τη διαδικασία υποκειμενικής νοηματοδότησης των συμβόλων.[31]

Αυτό που δίνει τη δυνατότητα στους εκπαιδευτικούς να πραγματοποιήσουν τους παραπάνω στόχους και να διεξάγουν επιτυχώς προγράμματα Αγωγής της Υγείας, είναι η επιμόρφωσή τους αλλά και η εμπειρία που έχουν με τα χρόνια αποκτήσει πάνω σε θέματα συμπεριφορών. Η αναγκαιότητα επαρκούς γνώσης της διδακτικής μεθοδολογίας, προκειμένου να είναι σε θέση να διδάξουν και να φέρουν εις πέρας ένα πρόγραμμα αγωγής υγείας, είναι αναμφισβήτητη. Ο εκπαιδευτικός, οφείλει να

χαρακτηρίζεται από επιστημονική καταλληλότητα και επαρκή παιδαγωγική ικανότητα, μέσω της οποίας θα επιλέγει και θα εφαρμόζει κάθε φορά τις κατάλληλες εκπαιδευτικές μεθόδους.[28] Τα πρότυπα που υπάρχουν σύμφωνα με την παραδοσιακή επιμόρφωση των εκπαιδευτικών δίνουν μεγαλύτερη σημασία:

- Στις παιδαγωγικές γνώσεις.
- Στη συγκέντρωση γνώσεων για θέματα υγείας από τους χώρους δημόσιας υγείας, περιβάλλοντος, ψυχολογικής υγείας ατόμου και οικογένειας, υγιεινής του ατόμου, πρόληψης ατυχημάτων, διατροφής και χρήσης ουσιών.
- Στην παρακολούθηση των έξι πιο σοβαρών κατηγοριών συμπεριφορών που θεωρείται ότι θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή των ανθρώπων (κάπνισμα, σεξουαλική συμπεριφορά και HIV, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, κακή διατροφή και καθιστική ζωή).
- Στην αναφορά σε οκτώ περιγραφόμενα μέρη ενός προγράμματος σχολείου (αγωγή υγείας, σωματική άσκηση, διατροφή, υπηρεσίες ψυχικής και κοινωνικής υγείας, την προώθηση της υγείας διαμέσου του σχολικού προγράμματος, τόσο του εκπαιδευτικού προσωπικού όσο και της οικογένειας).[30]

Η επιμόρφωση και η εμπειρία είναι αναγκαίες για τους εκπαιδευτικούς, για την εφαρμογή ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας. Πρέπει να είναι σε θέση να παρέχουν γνώσεις για θέματα υγείας, να έχουν στα χέρια τους εργαλεία, τρόπους και μεθοδολογία , που θα τους επιτρέψει να παρέμβουν με την υποστήριξη του κράτους.[3]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

2.1 Η εφαρμογή των προγραμμάτων υγείας στην εκπαίδευση

Το σχολείο αντιμετωπίζει πολλαπλές προκλήσεις καθημερινά. Είναι ένας χώρος όπου οι κύριες ανησυχίες της κοινωνίας συγκλίνουν. Μπορεί η εκπαίδευση σε θέματα υγείας να βρει μια θέση στο εσωτερικό των πολλαπλών ρόλων του εκπαιδευτικού συστήματος;

Η εκπαίδευση είναι ένας σημαντικός και καθοριστικός παράγοντας της υγείας που ως στόχο έχει την:

- Παροχή κινήτρων στους μαθητές να υιοθετήσουν συμπεριφορές που προάγουν την υγεία, παρέχοντας τις κατάλληλες γνώσεις για την ανάπτυξη θετικής στάσης.

- Η εκπαίδευση για την υγεία βοηθά τους μαθητές να πάρουν αποφάσεις για την υγεία τους και να αποκτήσουν την απαραίτητη αυτοπεποίθηση και δεξιότητες για να υλοποιήσουν τις αποφάσεις τους σε πρακτικό επίπεδο.
- Τα προγράμματα Αγωγής της Υγείας στοχεύουν στην αλλαγή της συμπεριφοράς. Ως εκ τούτου, η διεπιστημονική προσέγγιση είναι απαραίτητη για την κατανόηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς, καθώς και για την αποτελεσματική εκπαιδευτική διαδικασία.
- Η Αγωγή για την Υγεία παρέχει μια ευκαιρία στους μαθητές να περάσουν από τα στάδια της αναγνώρισης των προβλημάτων και του σχεδιασμού, στην υλοποίηση, την εφαρμογή και την αξιολόγηση των νέων συμπεριφορών που προάγουν την υγεία.[32]

Οι στάσεις απέναντι στην υγεία και η υιοθέτηση συμπεριφορών που την επηρεάζουν, διαμορφώνονται στα πρώτα χρόνια της ζωής, αλλά και τα χρόνια της εφηβείας συμβάλλουν σημαντικά στη διαμόρφωση της προσωπικότητας και στην υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής. Οι εμπειρίες που αποκομίζει το παιδί και ο έφηβος στα πλαίσια του σχολικού περιβάλλοντος, μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά τον τρόπο που αντιλαμβάνεται τον εαυτό του, τα επίπεδα αυτό-εκτίμησης και αυτοπεποίθησης αλλά και τη μετέπειτα συμπεριφορά του σε θέματα κρίσιμα για την υγεία. [8]

Η Αγωγή Υγείας στα σχολεία είναι μια κατεξοχήν διαθεματική δραστηριότητα, η οποία συμβάλλει στην αναβάθμιση της σχολικής ζωής και στη σύνδεση του σχολείου με την κοινωνική πραγματικότητα. Σκοπός της Αγωγής Υγείας είναι η προάσπιση, η βελτίωση και η προαγωγή της ψυχικής και σωματικής υγείας και κοινωνικής ευεξίας των μαθητών, αφενός με την ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων τους και της κριτικής τους σκέψης, αφετέρου με την αναβάθμιση του κοινωνικού και φυσικού περιβάλλοντός τους.[9]

Πλήθος ερευνών έχουν καταστήσει σαφές, ότι η εκπαίδευση αποτελεί έναν από τους καθοριστικούς παράγοντες για την διατήρηση και την βελτίωση της υγείας των ατόμων. Σχετικές έρευνες έχουν δείξει ότι τα παιδιά, τα οποία θεωρούν την απόδοσή τους στο σχολείο χαμηλή, ή δε συμπαθούν το σχολείο, εμφανίζουν περισσότερες πιθανότητες να εμπλακούν σε επικίνδυνες για την υγεία τους συμπεριφορές όπως είναι η χρήση καπνού, η κακή διατροφή, η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας, η χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ, ο σχολικός εκφοβισμός, ο τραυματισμός, η βία, σε σχέση με τους μαθητές οι οποίοι αισθάνονται ότι το σχολείο τους ενδιαφέρεται για αυτούς.[2,3]

Συχνά η εκπαίδευση σε θέματα υγείας, αποτελεί μια «περιθωριακή» περιοχή της διδακτικής δραστηριότητας. Για το λόγο αυτό, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη οι παράγοντες που την καθορίζουν μαζί με τις άλλες διαστάσεις του επαγγέλματος του εκπαιδευτικού. Στον τομέα της εκπαίδευσης για την υγεία, όπως και στους λοιπούς εκπαιδευτικούς τομείς, οι δραστηριότητες των εκπαιδευτικών δε

στοχεύουν απλά στην εφαρμογή κυβερνητικών εγκυκλίων ή προγραμμάτων. Οι παράγοντες που καθορίζουν αυτό το είδος της εκπαίδευσης, είναι πιο περίπλοκοι. Οι δραστηριότητες εξαρτώνται από παράγοντες που μπορεί να είναι θεσμικοί (όπως οι απαιτήσεις των προγραμμάτων, οι στόχοι του σχολείου, οι εγκύκλιοι), προσωπικοί (όπως η αποστολή των εκπαιδευτικών στον τομέα της εκπαίδευσης για την υγεία) ή να συνδέονται με το κοινό στο οποίο απευθύνονται (οι ανάγκες των μαθητών και οι προσδοκίες τους).[33]

Τα προγράμματα Αγωγής της Υγείας που εφαρμόζονται πρέπει να επιτρέπουν αυτές τις τρεις συμπληρωματικές πτυχές. Αυτό δε σημαίνει ότι κάθε συνάντηση με τους μαθητές θα πρέπει να ενσωματώνει και τις τρεις πλευρές, αλλά πρέπει να λαμβάνεται μέριμνα ώστε να διασφαλιστεί ότι θα περιλαμβάνονται συνολικά. Βασική είναι η κατανόηση των εγγενών αντιφάσεων του επαγγέλματος του εκπαιδευτικού, μεταξύ των μαθησιακών αναγκών των μαθητών και των απαιτήσεων του επαγγέλματός του. Οι εκπαιδευτικοί, δε μπορούν να εκτελούν μια προκαθορισμένη σειρά δράσεων, αλλά υπόκεινται σε ένα σύνολο περιορισμών σχετικά με αυτές, καθώς από τους περιορισμούς αυτούς αναδύεται ένας νέος τρόπος εκτέλεσης των επαγγελματικών τους δραστηριοτήτων.[34]

Η εκπαίδευση σε θέματα υγείας πρέπει να αποτελεί συστατικό στοιχείο οποιουδήποτε προγράμματος ανθρωπιστικών σπουδών εκπαίδευσης. Για το λόγο αυτό, το ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα, κάθε βαθμίδα, θα πρέπει να συμμετέχει στη Δημόσια Υγεία. Η ιδέα ότι οι θετικές συμπεριφορές υγείας μπορεί να αποκτηθούν κατά τη σχολική ηλικία έχει οδηγήσει την πολιτεία να αναθέτει και στο σχολείο το έργο της πρόληψης. Αυτή η μορφή της εκπαίδευσης που σχετίζεται με θέματα υγείας λαμβάνει σήμερα διάφορες μορφές σε διαφορετικούς χρόνους και για το λόγο αυτό θα πρέπει να αξιολογείται διαρκώς.[35]

Ο ρόλος της Αγωγής της Υγείας στο σχολικό σύστημα δεν πρέπει, επίσης, να εξετάζεται υπό την άποψη ενός σώματος γνώσεων, αλλά ως ένας νέος τρόπος αξιολόγησης του επαγγέλματος του εκπαιδευτικού και ενίσχυσης του πυρήνα του σχολικού συστήματος. Με άλλα λόγια, στόχος είναι να εξασφαλιστεί ότι η εκπαίδευση για την υγεία υποστηρίζει τη ροή των ιδεών προς ένα ενιαίο όραμα για το ρόλο του εκπαιδευτικού.[22]

Επιπρόσθετα, η ολοκληρωμένη εκπαίδευση σε θέματα υγείας, περιλαμβάνει προγράμματα σπουδών για τους μαθητές όλων των βαθμίδων, από την προσχολική ηλικία ως την ενηλικίωση και καλύπτει μια ποικιλία θεμάτων. Τα αποτελεσματικά προγράμματα εκπαίδευσης για την υγεία υπογραμμίζουν τη διδασκαλία λειτουργικών πληροφοριών για την υγεία, τη διαμόρφωση προσωπικών αξιών που υποστηρίζουν υγιείς συμπεριφορές, τη διαμόρφωση ομαδικών κανόνων για έναν υγιεινό τρόπο ζωής και την ανάπτυξη βασικών δεξιοτήτων για τη διατήρηση υγιών συμπεριφορών. Επιπλέον, τα αποτελεσματικά προγράμματα σπουδών ενσωματώνουν στρατηγικές μάθησης, μεθόδους

διδασκαλίας και υλικά που είναι στοχευμένα ηλικιακά, και αναπτυξιακά κατάλληλα ώστε να προωθούν την ενσωμάτωση των μαθητών σε ένα εκπαιδευτικό σύστημα χωρίς αποκλεισμούς. Αντίθετα, τα λιγότερο αποτελεσματικά προγράμματα σπουδών, συχνά υπερτονίζουν τη διδασκαλία των επιστημονικών δεδομένων και την αύξηση της γνώσης των μαθητών.[36]

Ο στόχος των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας είναι να βοηθήσει όλους τους νέους, να αποκτήσουν βαθμιαία τους πόρους που χρειάζονται για να κάνουν τις σωστές επιλογές και να επιδεικνύουν υπεύθυνη συμπεριφορά, όσον αφορά τόσο τη δική τους υγεία όσο και του περιβάλλοντός τους. Επίσης, προτρέπει τους νέους ώστε να γίνουν ενεργοί και αποτελεσματικοί πολίτες. Ο ρόλος του σχολικού συστήματος είναι να βοηθήσει τους μαθητές να αναπτύξουν την ικανότητα να αποφασίζουν για τον εαυτό τους και να αναλαμβάνουν την ευθύνη για τη δική τους υγεία. Η εκπαίδευση σε θέματα υγείας δεν είναι θέμα μόνο των ειδικών, αλλά μάλλον αποτέλεσμα διεπιστημονικής συνεργασίας και μέρος της καθημερινής πρακτικής των ενηλίκων, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για την εκπαίδευση των παιδιών και των εφήβων.[37]

Για τη Δευτεροβάθμια εκπαίδευση, η εκπαίδευση σε θέματα υγείας είναι μια από τις πολλές αρμοδιότητές της. Η εκπαίδευση στον τομέα της υγείας δε μπορεί να περιοριστεί μόνο σε μια σειρά από ενημερωτικές συνεδρίες, σχετικά με τα θέματα που αφορούν την υγεία. Πρέπει να ενσωματωθεί προσεκτικά ένα πραγματικά κατάλληλο σύστημα κατάρτισης του εκπαιδευτικού και αυτή η κατάρτιση θα πρέπει να τοποθετηθεί στο επίκεντρο κάθε σχεδίου για τον επαναπροσδιορισμό της διδασκαλίας. Η αντιμετώπιση αυτών των «ζωτικών ζητημάτων», είναι ένας τρόπος που επιτρέπει στους εκπαιδευτικούς να επιστήσουν την προσοχή των μαθητών, ως προς το τι μαθαίνουν ακαδημαϊκά και ποια είναι η δική τους εμπειρία, έτσι ώστε οι εκπαιδευτικοί να συμβάλλουν στη μορφοποίηση και τη δημιουργία της ταυτότητας των μαθητών.[38]

Τα προγράμματα Αγωγής Υγείας παρέχονται στους μαθητές για να αξιολογήσουν, να προστατέψουν και να προάγουν την υγεία τους. Παρόλο που τα σχολικά συστήματα προσφέρουν ορισμένες υπηρεσίες υγείας, ωστόσο, θα πρέπει να παρέχουν τα επιπλέον τρία είδη υπηρεσιών:

- Κρατικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων των ελέγχων υγείας, για την εξακρίβωση της κατάστασης εμβολιασμού και την υποβολή εκθέσεων για μολυσματικές ασθένειες.
- Υπηρεσίες αξιολόγησης καταγγελιών για την υγεία, τη φαρμακευτική αγωγή και τη φροντίδα που παρέχεται στους μαθητές.
- Υπηρεσίες και επαγγελματίες υγείας, όπως ο σχολικός νοσηλεύτης, που διαθέτουν την ικανότητα να χειριστούν περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης και άλλες επείγουσες καταστάσεις.[39]

Ταυτόχρονα η συμμετοχή της οικογένειας και της κοινότητας στα προγράμματα Αγωγής Υγείας του σχολείου, παρέχει μια ολοκληρωμένη προσέγγιση για τη βελτίωση της υγείας και της ευημερίας των μαθητών. Τα σχολεία πολλές φορές επιδιώκουν την ενεργή συμμετοχή των γονέων και τη συνδρομή των κοινοτικών πόρων και υπηρεσιών για να ανταποκριθούν πιο αποτελεσματικά στις ανάγκες των μαθητών, που σχετίζονται με την υγεία. Η συμμετοχή της οικογένειας, μπορεί επίσης να βοηθήσει τα μέλη της οικογένειας να αποκτήσουν περισσότερες γνώσεις σχετικά με θέματα υγείας, ώστε να μπορέσουν να χρησιμεύσουν ως θετικά πρότυπα και να ενισχύσουν τις υγιείς συμπεριφορές στο σπίτι. Οι «εταιρικές» σχέσεις μεταξύ των σχολείων, των οικογενειών, και των μελών της κοινότητας, αποτελούν βασικά στοιχεία των αποτελεσματικών προγραμμάτων υγείας του σχολείου.[40]

Τα σχολεία που έχουν μια καλή σχέση με τις οικογένειες, τα μέλη της κοινότητας και τις δομές παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, έχουν περισσότερες πιθανότητες να εφαρμόσουν ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα Αγωγής της υγείας για τους μαθητές τους. Οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στην πρόληψη και την αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας, τα προγράμματα πρόληψης του καπνίσματος και τα προγράμματα σεξουαλικής υγείας, έχουν βρεθεί ότι είναι πιο αποτελεσματικά όταν σε αυτά συμμετέχουν οι γονείς και οι κατάλληλες επαγγελματικές και κοινωνικές οργανώσεις. Η συμμετοχή της οικογένειας και των φορέων της κοινότητας, είναι ιδιαίτερα σημαντική για την αντιμετώπιση θεμάτων που μπορεί να φορτίζουν συναισθηματικά τους μαθητές, όπως η λοίμωξη από τον ιό HIV, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και η πρόληψη για ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Χωρίς τη γονική υποστήριξη, οι πολιτικές και τα προγράμματα αυτά δύσκολα υλοποιούνται αποτελεσματικά.[41]

2.2 Η συμβολή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας

Τα σχολεία είναι από τους λίγους φορείς που μπορούν να συμβάλλουν στη βελτίωση της κατάστασης της υγείας των παιδιών και των εφήβων. Το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, σε συνεργασία με κρατικούς και τοπικούς φορείς της εκπαίδευσης και της υγείας, διεξάγουν μελέτες για την εφαρμογή των πολιτικών και πρακτικών της υγείας στα σχολεία. Οι μελέτες βοηθούν τους κρατικούς φορείς και τις υπηρεσίες εκπαίδευσης και υγείας να παρακολουθούν και να αξιολογούν τα χαρακτηριστικά και τις τάσεις στον τομέα της εκπαίδευσης για την υγεία. Οι σχολικές πολιτικές για την υγεία σχετίζονται κυρίως με την πρόληψη του ιού της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) και του συνδρόμου επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS), την πρόληψη χρήσης καπνού, την αποφυγή της παχυσαρκίας και την αύξηση της σωματικής δραστηριότητας.[42]

Τα προγράμματα Αγωγής Υγείας συμβάλλουν στη βελτίωση της ψυχολογικής, σωματικής και κοινωνικής ζωής των μαθητών και έχουν ως σκοπό αφενός να προωθήσουν την προσωπική και κοινωνική δραστηριότητά τους και αφετέρου να βοηθήσουν στη συλλογική δραστηριότητα, ώστε να βελτιωθεί περαιτέρω το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον μέσα στο οποίο διαβιούν. Τα προγράμματα Αγωγής Υγείας δεν έχουν σκοπό να παρέχουν μόνο γνώσεις, για θέματα υγείας, ώστε το άτομο να ακολουθήσει υγιεινό τρόπο ζωής στην καθημερινότητά του, αλλά και να του υποδείξει τις θετικές πλευρές που έχει η επίδρασή τους στη βελτίωση της ζωής του. Οι γνώσεις που προτείνονται για επεξεργασία στους μαθητές πρέπει να είναι τέτοιες που να μη δημιουργούν φοβίες, να κινδυνολογούν, απαγορεύουν ή εκφοβίζουν. [43]

Οι μαθητές πρέπει μέσω αυτών να αποκτούν την εμπειρία ώστε να ακολουθούν μία υγιεινή ζωή. Σημαντικά θετικά συμβάλουν οι γνώσεις σχετικά με τους παράγοντες υγείας, τους υγιεινούς τρόπους διαβίωσης, τις συνθήκες που προωθούν ή δημιουργούν εμπόδια στην υγεία, ώστε οι μαθητές που ενεργούν ως αυτόνομοι πολίτες, να έχουν τη δυνατότητα να προχωρήσουν σε μεταβολές στο άμεσο ή στο ευρύτερο περιβάλλον τους.[44]

Με τη διεξαγωγή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας οι μαθητές μπορούν να επιδείξουν συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία των ανθρώπων και ολόκληρης της κοινωνίας και να επικεντρώνονται σε προοπτικές προκειμένου:

- Να εμφανίσουν θετικές απόψεις και συμπεριφορές σε σχέση με την υγεία τους, μέσα στα όρια των σχολικών ενεργειών τους και
- Να ενεργούν ομαδικά προκειμένου να διεκδικήσουν τις ατομικές τους «επιλογές», αλλά και του στενού ή ευρύτερου περιβάλλοντος, όσον αφορά την υγεία.[14]

Επίσης, τα προγράμματα Αγωγής Υγείας, έχουν ως στόχο να βοηθήσουν το μαθητή ώστε να θεωρήσει ότι η υγεία είναι ένα προσόν τόσο κοινωνικό όσο και ατομικό για ποιοτική διαβίωση και όχι μόνο για να αποφύγει ασθένειες. Επιτρέπουν στους μαθητές να διεκδικούν τα δικαιώματά τους, να εισακούονται και να ενεργούν ατομικά ή συνολικά για θέματα υγείας.[8]

Η έννοια της «συμμετοχής» αναφέρεται, κυρίως όταν οι μαθητές συμμετέχουν σε δραστηριότητες που έχουν ήδη οριστεί όμως δε δίνεται μεγάλη σημασία στην πραγματική επίδραση που έχουν πάνω σε αυτές. Οι εκπαιδευτικοί στο πρόγραμμα Αγωγής Υγείας ενθαρρύνουν και υποστηρίζουν τους μαθητές προκειμένου να επιδρούν οι ίδιοι με ουσιαστικό τρόπο στη ζωή τους.[3]

Τα προγράμματα Αγωγής Υγείας έχουν επίσης ως σκοπό να προωθήσουν την «ικανότητα για δράση» των μαθητών, δηλαδή τους δίνουν τη δυνατότητα να δρουν και να μπορούν να φέρουν νέες μεταβολές με θετική έκβαση στην υγεία. Σύμφωνα με το αναλυτικό πρόγραμμα, οι μαθητές πρέπει να

αναζητούν και να καταλήγουν για τον τρόπο με τον οποίο οι καταστάσεις διαβίωσης, η κοινωνία και το περιβάλλον έχουν επιρροή στην υγεία τους ως και τον τρόπο ζωής που θα επιλέξουν. Πρέπει λοιπόν να δρουν από κοινού με υπηρεσίες υγείας, ενήλικες οργανωμένες ομάδες του σχολείου και της κοινωνίας προκειμένου να μεταβληθούν οι καταστάσεις που καθορίζουν την υγεία. Με τον τρόπο αυτό, αντιλαμβάνονται καλύτερα τις συνθήκες διαβίωσης και τις δυνατότητές τους να τις μεταβάλλουν.[45]

Τα προγράμματα Αγωγής της Υγείας χωρίζονται σε τέσσερις κατηγορίες και περιλαμβάνουν όλο το πλαίσιο των γνώσεων ή των στάσεων που μπορούν οι μαθητές να επιδείξουν όσο διαρκεί το «μάθημα». Σκοπός της κάθε κατηγορίας είναι :

1. Εξέλιξη και ενδυνάμωση του μαθητή

Έχει σκοπό να βοηθήσει το μαθητή, ώστε να γνωρίσει τον εαυτό του κατά την επεξεργασία των προτιμήσεών του και να τον προωθήσει να αναπτύξει τις δεξιότητές του προκειμένου να βελτιώσει τη δυναμικότητά του και την ατομική προσαρμογή του.[19]

2. Υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών ενός ασφαλούς τρόπου ζωής

Παροχή βοήθειας στο μαθητή για να αποκτήσει γνώσεις και δεξιότητες ώστε να μπορεί να επιλέξει τρόπους και να δράσει, προκειμένου να βελτιωθεί η υγεία του, ώστε να αποφύγει τυχόν νοσήματα και προβλήματα υγείας. Επιπλέον στοχεύει στη σωστή ατομική και οικογενειακή υγιεινή.[24]

3. Ανάπτυξη και εξέλιξη της κοινωνικής πλευράς του ατόμου

Δημιουργία σχέσεων, στάσεων και συμπεριφορών του ατόμου στον οικογενειακό, σχολικό και κοινωνικό περιβάλλον ως και την προώθηση προσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων.[32]

4. Η αλλαγή του μαθητή σε ενεργό κοινωνικό ον

Ενεργοποιεί, ευαισθητοποιεί, βοηθά την ανάμειξη του ατόμου σε θέματα υγείας, τόσο για τον ίδιο όσο και για την ανθρωπότητα και τέλος το βοηθά να αντιλαμβάνεται τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του ώστε να βελτιώσει τις ικανότητές του. Επακόλουθο, να μπορεί να προβαίνει σε υγιείς επιλογές, όσον αφορά διάφορα αγαθά κατανάλωσης ως και επαγγέλματα και τελικά να προσπαθεί να αναβαθμίσει την κοινωνία προκειμένου να επιτύχει μια καλύτερη διαβίωση.[22]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΣΧΟΛΕΙΟ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 Το σχολείο ως τοποθεσία εφαρμογής της Προαγωγής Υγείας

Από το 1950, το σχολείο θεωρείται ως ένας από τους καταλληλότερους χώρους για την εφαρμογή των αρχών της Προαγωγής Υγείας, κυρίως με την εφαρμογή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας. Αφενός γιατί επιτρέπει την προσέγγιση ενός πολύ σημαντικού πληθυσμού, όπως τα παιδιά και οι νέοι και αφετέρου διότι τα παιδιά βρίσκονται μεγάλο χρονικό διάστημα σε αυτό. Επίσης, το σχολείο προσφέρει μια ποικιλία δραστηριοτήτων, οι οποίες επιτρέπουν την εφαρμογή ενός πλήθους παρεμβάσεων Προαγωγής Υγείας. Επίσης, επιτρέπει τη συμμετοχή των γονέων και της ευρύτερης κοινότητας σε αυτές τις δράσεις. [46]

Είναι αναμφισβήτητο ότι η εκπαίδευση και η υγεία συνδέονται άμεσα και το ένα επηρεάζει το άλλο. Η εφαρμογή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στα σχολεία, ήταν η πρώτη απόπειρα σχετικά με την αξιοποίηση του σχολείου ως ενός χώρου ικανού να προωθήσει, να προστατεύσει την υγεία και να ελαττώσει τον κίνδυνο ανάπτυξης συμπεριφορών επικίνδυνων για την υγεία. Ωστόσο, το νόημα της Προαγωγής Υγείας δεν περιορίζεται σ' αυτό. Η Προαγωγή Υγείας εστιάζεται στο γεγονός ότι, οι συμπεριφορές υγείας επηρεάζονται και διαμορφώνονται από ευρύτερους κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες. Κατά συνέπεια, να μεν η Αγωγή Υγείας στις σχολικές αίθουσες μπορεί να συμβάλλει στην ανάπτυξη γνώσεων και δεξιοτήτων που βοηθούν στην προστασία της υγείας, ωστόσο και το ίδιο το σχολείο, ως ζωντανός οργανισμός σε μια μορφή κοινότητας, αποτελεί ένα περιβάλλον που επηρεάζει και διαμορφώνει την υγεία των μαθητών αλλά και όλων όσων δραστηριοποιούνται και εργάζονται σ' αυτό. Η Αγωγή Υγείας δε μπορεί από μόνη της να βελτιώσει αποτελεσματικά την υγεία του πληθυσμού, αλλά χρειάζεται να λαμβάνονται υπόψη οι ευρύτεροι παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά και την υγεία. [47]

Η συνειδητοποίηση αυτή οδήγησε στην ανάπτυξη νέων ολοκληρωμένων προσεγγίσεων του σχολείου, ως χώρου Προαγωγής της Υγείας, θέτοντας νέους στόχους, σύμφωνα με τους οποίους το σχολείο θα έπρεπε να χαρακτηρίζεται ως υγιές, λαμβάνοντας υπόψη την ανάγκη για αλλαγές σε όλο το σχολικό περιβάλλον, με τη συμμετοχή όλων των εκπαιδευτικών φορέων, των γονέων αλλά και της ευρύτερης κοινότητας, αφού οι μαθητές δέχονται επιδράσεις όχι μόνο από το σχολικό αλλά και από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον και την οικογένεια. Οι στόχοι για την ολιστική αντιμετώπιση του σχολείου, ως χώρου που προάγει την υγεία, εκφράζονται με τη στρατηγική της δημιουργίας Σχολείων Προαγωγής Υγείας.[48]

3.2. Το Σχολείο Προαγωγής της Υγείας

Η στρατηγική αποτελεί μια ολιστική και πολυπαραγοντική προσέγγιση του σχολείου. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το σχολείο Προαγωγής Υγείας ορίζεται ως «ο τόπος όπου τα μέλη της σχολικής κοινότητας συνεργάζονται ώστε να παρέχουν στους μαθητές ολοκληρωμένες και θετικές εμπειρίες και υποδομές, οι οποίες προστατεύουν και προάγουν την υγεία τους. Αυτές περιλαμβάνουν τόσο το επίσημο όσο και το ανεπίσημο πρόγραμμα, τη δημιουργία ασφαλούς και υγιούς σχολικού περιβάλλοντος, την παροχή κατάλληλων υπηρεσιών υγείας και τη συμμετοχή της οικογένειας και της ευρύτερης κοινότητας, στην προσπάθεια να προαχθεί η υγεία». Κύριος σκοπός ενός τέτοιου σχολείου, είναι η δημιουργία συμπεριφορών υγείας, η πρόληψη της νόσου και της ανικανότητας, βοηθώντας ταυτόχρονα τα μέλη της σχολικής κοινότητας, να φροντίσουν τον εαυτό τους, να μπορούν να λάβουν αποφάσεις, να αναπτύξουν τον έλεγχο πάνω στις καταστάσεις που επηρεάζουν την υγεία τους και να συμβάλλουν στη δημιουργία περιβαλλόντων τα οποία υποστηρίζουν την υγεία. Μέλη της σχολικής κοινότητας αποτελούν οι μαθητές, το προσωπικό του σχολείου αλλά και άλλα άτομα και μέλη φορέων τα οποία συνεργάζονται, με σκοπό να επιτύχουν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα για τους μαθητές, τόσο σε προσωπικό όσο και σε επίπεδο εκπαίδευσης.[49]

Η μακροχρόνια εμπειρία και συνεργασία φορέων, που δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας και οι οποίοι αναγνώρισαν τη σημαντικότητα του σχολείου ως χώρου, στον οποίο θα πρέπει να εφαρμόζονται οι αρχές και οι αξίες της Προαγωγής Υγείας οδήγησε στην ιδέα της δημιουργίας των σχολείων Προαγωγής Υγείας και αποτέλεσε τον πυρήνα της στρατηγικής των σχολείων Προαγωγής Υγείας. [50]

Έτσι δημιουργήθηκε μια κοινή πολιτική σε επίπεδο χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μεταξύ των οποίων ήταν και η Ελλάδα, με την ανάπτυξη του Ευρωπαϊκού δικτύου Σχολείων Προαγωγής Υγείας, η λειτουργία του οποίου εγκαινιάστηκε το 1992 και μέχρι το έτος 1996 συμμετείχαν σε αυτό 38 Ευρωπαϊκά κράτη. Η δημιουργία αυτού του δικτύου, ήταν αποτέλεσμα της συνεργασίας Γραφείου της Ευρώπης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, του Συμβουλίου της Ευρώπης και της Ευρωπαϊκής Κοινότητας. Σκοπός του προγράμματος ήταν να αναδείξει το σχολείο ως σημαντικό φορέα Προαγωγής της Υγείας, με την ανάπτυξη και την εφαρμογή πολυπαραγοντικών και ολιστικών προγραμμάτων Προαγωγής Υγείας. Η ιδέα του σχολείου της Προαγωγής Υγείας βασίζεται στην αναγνώριση ότι, τόσο οι αλλαγές σε κοινωνικό επίπεδο όσο και η ανάπτυξη των προσωπικών δεξιοτήτων μπορούν να προάγουν την υγεία, ενώ είναι εξαιρετικής σημασίας ότι αναγνωρίζει και την σπουδαιότητα της υγείας και του προσωπικού των σχολείων.[51]

3.3 Η Αγωγή Υγείας στο Ελληνικό σχολείο

Η Ελλάδα μέσω του Ελληνικού Συντονιστικού Κέντρου, ακολούθησε ένα σχεδιασμό με αρχικό βήμα την ιεράρχηση των προτεραιοτήτων του Ελληνικού Προγράμματος, που έγινε με την συλλογή κατάλληλων πληροφοριών. Εφόσον τέθηκαν οι προτεραιότητες, ξεκίνησε η ανάπτυξη της δομής του Ελληνικού δικτύου, δημιουργήθηκε το κατάλληλο υλικό, εκπαιδεύτηκαν άτομα, εξασφαλίστηκαν επιχορηγήσεις και συνεργασίες σε όλα τα επίπεδα με διάφορους φορείς και αναπτύχθηκαν σταδιακά σε έναν αριθμό σχολείων συγκεκριμένες δραστηριότητες Προαγωγής Υγείας. Το Ελληνικό δίκτυο σε όλο το διάστημα, κατέγραψε τα προβλήματα που αντιμετώπισε στην εφαρμογή του προγράμματος και κατέθετε ανάλογες προτάσεις, προκειμένου να αντιμετωπιστούν και να γίνουν αναγκαίες τροποποιήσεις και παρεμβάσεις.[51]

Το πρώτο διεθνές συνέδριο του Ευρωπαϊκού Δικτύου, πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα, στη Χαλκιδική, το Μάιο του 1997, στο οποίο τονίστηκε η ανάγκη εφαρμογής των αρχών της Προαγωγής Υγείας στο σχολείο και υπήρξε δέσμευση για την καταβολή κάθε δυνατής προσπάθειας επίτευξής της. Το μήνυμα του συνεδρίου ήταν ότι « Κάθε παιδί και κάθε νέος στην Ευρώπη έχει το δικαίωμα και θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα επιμόρφωσης σε ένα σχολείο που προάγει την υγεία».[52]

Το Ελληνικό Εκπαιδευτικό Σύστημα έχει συμπεριλάβει την Αγωγή Υγείας, στα πλαίσια της Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και λειτουργεί ειδικό γραφείο Αγωγής Υγείας στο Υπουργείο Παιδείας. Ο τρόπος με τον οποίο εφαρμόζεται η Αγωγή Υγείας, όλα αυτά τα χρόνια στη Δευτεροβάθμια εκπαίδευση, καθορίζεται από το πλαίσιο υπουργικών αποφάσεων και εγκυκλίων του Υπουργείου Παιδείας, σύμφωνα με τις οποίες η Αγωγή Υγείας αποτελεί αυτόνομη δραστηριότητα η οποία εκδηλώνεται με τρεις κύριες μορφές:

- Υπό τη μορφή προαιρετικών μαθημάτων
- Υπό τη μορφή δραστηριοτήτων που εντάσσονται στην ευέλικτη ζώνη μαθημάτων.[53]
- Υπό τη μορφή σχολικών δραστηριοτήτων. Αυτές πραγματοποιούνται σε χρόνο εκτός του καθιερωμένου σχολικού ωρολογίου προγράμματος και αφορούν σε τακτικές συναντήσεις διάρκειας περίπου δύο ωρών την εβδομάδα. Η συμμετοχή είναι προαιρετική και ο τρίτος αυτός τύπος είναι κυρίαρχος στην ελληνική πραγματικότητα.[54]

Επίσης, η Αγωγή Υγείας διδάσκεται στην Α' Λυκείου των Επαγγελματικών Λυκείων (ΕΠΑΛ) στον τομέα Υγείας και Πρόνοιας τρεις ώρες την εβδομάδα ως μάθημα ενταγμένο στο ωρολόγιο πρόγραμμα και η ύλη του ορίζεται από το αναλυτικό πρόγραμμα του Υπουργείου Παιδείας.[53]

Τα τελευταία έτη, προκρίνεται από το Υπουργείο Παιδείας κυρίως, η μορφή των σχολικών δραστηριοτήτων για τα προγράμματα Αγωγής Υγείας στη Δευτεροβάθμια και με ετήσιες

εγκυκλίους καθορίζονται οι λεπτομέρειες εφαρμογής τους καθώς και η θεματολογία τους. Για το 2015, οι θεματικοί άξονες αφορούσαν ενδεικτικά:

- ☐ Ανθρώπινα δικαιώματα και αξίες
- ☐ Δικαιώματα του παιδιού
- ☐ Προσφυγικό /μετανάστευση / άσυλο
- ☐ Γεωπολιτικά ζητήματα (φυσικοί πόροι, σύνορα)
- ☐ Πόλεμος και προσφυγικό
- ☐ Περιβαλλοντικοί πρόσφυγες
- ☐ Πρόσφυγες και υγεία
- ☐ Εμπορία και παράνομη διακίνηση ανθρώπων (trafficking)
- ☐ Ζητήματα ταυτότητας, ενσωμάτωσης, διαπολιτισμικός διάλογος
- ☐ Προσφυγικό/μετανάστευση και δράσεις Διεθνών Οργανισμών
- ☐ Ενεργός πολίτης, Κοινωνία των πολιτών, εθελοντισμός, ΜΚΟ
- ☐ Προσφυγικό/μετανάστευση και ΜΜΕ
- ☐ Ελληνικά μεταναστευτικά και προσφυγικά ρεύματα διαχρονικά (χώρες υποδοχής, αίτια). [54]

Το Υπουργείο Παιδείας πέρα από την ενδεικτική θεματολογία, μέσα από την οποία ελεύθερα οι εκπαιδευτικοί με τους μαθητές επιλέγουν θέμα προχωρά και σε:

α) Επιμορφώσεις Εκπαιδευτικού Προσωπικού.

β) Στήριξη στην εφαρμογή του Προγράμματος Σπουδών Αγωγής Υγείας μέσω τακτικών επισκέψεων στις σχολικές μονάδες.

γ) Επιχορηγήσεις Δράσεων των σχολικών μονάδων ώστε να είναι δυνατή η υλοποίηση των προγραμμάτων.

Επίσης προκρίνονται δράσεις γύρω από θέματα-προγράμματα που αφορούν την Αγωγή Υγείας όπως:

- **Ευρωπαϊκό Δίκτυο Σχολείων Προαγωγής Υγείας:** Το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Σχολείων Προαγωγής Υγείας (Ε.Δ.Σ.Π.Υ.), στοχεύει στην ανάπτυξη υγιεινού τρόπου ζωής για όλα τα μέλη της σχολικής μονάδας. Το πρόγραμμα εφαρμόζεται στα σχολεία Μέσης Εκπαίδευσης με τη συνεργασία του Υπουργείου Υγείας.
- **Ευ Ζην:** Πρόκειται για πρόγραμμα που υλοποιούν σε συνεργασία το Ελληνικό Υπουργείο Παιδείας και το αντίστοιχο Κυπριακό Υπουργείο Παιδείας. Στα πλαίσια του προγράμματος, όποιο κυπριακό σχολείο συμμετέχει, συνεργάζεται με ένα σχολείο από την Ελλάδα για δύο

χρόνια, διερευνώντας ένα θέμα σχετικό με την υγεία (κάπνισμα, αλκοόλ, ναρκωτικά, διατροφή κ.α.)

- **Δράσεις Σχολικής και Κοινωνικής Ένταξης - ΔΡΑ.Σ.Ε.:** Πρόγραμμα που λειτουργεί στα πλαίσια των σχολικών δικτύων και δρα ενισχυτικά με θέμα την επιλεκτική ή επικεντρωμένη πρόληψη. Στις Ζώνες Εκπαιδευτικής Προτεραιότητας (Ζ.Ε.Π.) αναπτύσσονται διάφορες δράσεις προληπτικού χαρακτήρα με καινοτόμα χαρακτηριστικά , όπως δημιουργία αιθουσών απασχόλησης και ψυχαγωγίας, μαθητικών λεσχών (χορού, θεάτρου, δημοσιογραφίας, μουσικής, ζωγραφικής, ραδιοερασιτεχνισμού, ποδοσφαίρου) καθώς και δραστηριοτήτων με περιεχόμενο εκπαιδευτικό , πολιτιστικό και Αγωγής Υγείας.
- **Κυκλοφοριακή Αγωγή:** Προωθεί την ευαισθητοποίηση εκπαιδευτικών και μαθητών σε θέματα οδικής ασφάλειας. Οι δράσεις του προγράμματος περιλαμβάνουν επιμόρφωση των εκπαιδευτικών και εξάσκηση των παιδιών με τη χρήση σχολικών βοηθημάτων, εποπτικού υλικού και πρακτική εφαρμογή του κώδικα οδικής κυκλοφορίας. Επιδιώκεται η ανάπτυξη στάσεων και δεξιοτήτων και η καλλιέργεια οδικής συνείδησης και επιθυμητής οδηγικής συμπεριφοράς.
- **Μέντωρ:** Με στόχο την πρόληψη της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, κινητές αίθουσες διδασκαλίας χρησιμοποιούνται για την προσφορά προγραμμάτων εκπαίδευσης για όλες τις τάξεις του δημοτικού σχολείου.
- **Σεμινάρια Αντιναρκωτικής Αγωγής:** Πρόκειται για την προσπάθεια δημιουργίας πυρήνων αντίστασης στις εξαρτησιογόνες ουσίες στα σχολεία ,από μαθητές της Β΄γυμνασίου, που οργανώνονται μέσα από τριήμερα σεμινάρια.
- **Σχολείο Χωρίς Καπνό:** Με σχετικές εγκυκλίους για τη Μέση Γενική και Μέση Τεχνική Επαγγελματική Εκπαίδευση, καλούνται τα σχολεία όλων των βαθμίδων να εφαρμόσουν αντικαπνιστικές δράσεις για τους μαθητές, τους εκπαιδευτικούς ή/και τους γονείς και κηδεμόνες των μαθητών. [55]

Οι στόχοι της Αγωγής Υγείας όπως αυτοί αποτυπώνονται επίσημα από το Υπουργείο Παιδείας (ΦΕΚ 543/Τ.Β./1-5-2002) είναι:

1. Η προάσπιση και προαγωγή της ψυχικής και σωματικής υγείας και της κοινωνικής ευεξίας.
2. Η αναβάθμιση της σχολικής ζωής και η σύνδεσή της με την κοινωνική πραγματικότητα.
3. Η πρόληψη του αποκλεισμού νεαρών ατόμων από την κοινωνία και την αγορά εργασίας.
4. Η ανάπτυξη δεξιοτήτων και η διαμόρφωση ατόμων με κριτική στάση.

5. Η μείωση της σχολικής αποτυχίας και της πρόωρης εγκατάλειψης της υποχρεωτικής εκπαίδευσης. [54]

Για την πραγματοποίηση των προγραμμάτων προτείνεται η χρήση μικτών τεχνικών εκπαίδευσης, παρουσίασης και ενεργητικής συμμετοχής.[54]

Η Αγωγή Υγείας στο ελληνικό σχολείο, έχει σημειώσει σημαντική πρόοδο, ωστόσο σε καμιά περίπτωση δεν ανταποκρίνεται ακόμα στο επιθυμητό επίπεδο και στα πρότυπα των αρχών της Προαγωγής Υγείας. Η εμπειρία που έχει αποκομίσει η χώρα μας από τη συμμετοχή της σε διεθνή προγράμματα, η καλύτερη εκπαίδευση των στελεχών της Αγωγής Υγείας και εξειδίκευση στον τομέα της Προαγωγής Υγείας, από έναν ικανοποιητικό αριθμό επαγγελματιών, αποτελούν ελπιδοφόρα και σημαντικά βήματα για το μέλλον. Ωστόσο, οι ελλείψεις είναι σημαντικές και η αγωγή και η προαγωγή υγείας στο σχολείο, δεν έχει αφομοιωθεί από το εκπαιδευτικό σύστημα και οι κινήσεις που γίνονται αν και είναι σημαντικές είναι αποσπασματικές. Το γεγονός ότι η Αγωγή Υγείας στο σχολείο είναι κατά κύριο λόγο προαιρετική και δεν εντάσσεται στα πλαίσια του επίσημου προγράμματος, οδηγεί στη χαμηλή συμμετοχή, ενώ δε μπορεί να αναπτυχθεί ο σπειροειδής χαρακτήρας των προγραμμάτων, καθώς αυτά είναι μικρής διάρκειας και δεν επαναλαμβάνονται τις επόμενες σχολικές χρονιές.[52]

Οι συμπεριφορές υγείας, οι στάσεις και οι αντιλήψεις, δε μπορούν να αλλάξουν άμεσα με την εφαρμογή βραχυπρόθεσμων προγραμμάτων, ενώ η απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος που θα βοηθούσε στην υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής, δεν επιτυγχάνεται μέσα σε διάστημα 3-4 μηνών, τη συνήθη δηλαδή διάρκεια των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στο σχολείο. Παράλληλα, το γεγονός, ότι η Αγωγή Υγείας δε φτάνει σε όλους τους μαθητές, καθώς δεν είναι ενσωματωμένη στο σχολικό πρόγραμμα, αποκλείει ένα σημαντικό αριθμό μαθητών, προωθώντας έτσι ουσιαστικά τις κοινωνικές ανισότητες.[51,56]

Σημαντικό είναι και το πρόβλημα εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών που πραγματοποιούν προγράμματα Αγωγής Υγείας, καθώς αυτή δεν είναι πάντα επαρκής και δεν υπάρχει συνεχής κατάρτιση. Επιπλέον, η Αγωγή Υγείας απαιτεί νέες εκπαιδευτικές προσεγγίσεις, οι οποίες τροποποιούν κάποια από τα στοιχεία του παραδοσιακού ρόλου του εκπαιδευτικού μέσα στην τάξη. Ο μαθητής συμμετέχει ενεργητικά και η διδασκαλία δεν έχει τον αυστηρό και αυταρχικό χαρακτήρα του παρελθόντος. [29,35]

Η Αγωγή Υγείας, δε μπορεί χωρίς την κατάλληλη υποστήριξη και την εφαρμογή και άλλων δραστηριοτήτων προαγωγής υγείας, να προάγει την υγεία των μαθητών, αλλά και της σχολικής κοινότητας στο σύνολό της. Το σχολείο πρέπει να αναπτύσσει πολιτικές, ήθος, πρόγραμμα και συνεργασίες οι οποίες να αντιμετωπίζουν το παιδί, τον εργαζόμενο και το φυσικό περιβάλλον

ολιστικά. Το εκπαιδευτικό σύστημα στην Ελλάδα, θα πρέπει να προσανατολιστεί προς αυτούς τους άξονες, προκειμένου πραγματικά να επιτευχθούν οι στόχοι που έχουν τεθεί και τα σχολεία να προάγουν την υγεία.[52]

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας ήταν η μελέτη των γνώσεων και στάσεων των εκπαιδευτικών Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ως προς τα προγράμματα Αγωγής Υγείας. Καθώς επίσης και η άντληση στοιχείων σχετικά με την επιμόρφωση και εμπειρία των εκπαιδευτικών στα προγράμματα Αγωγής Υγείας, την ανταπόκριση των μαθητών, τους λόγους που δυσχεραίνουν την υλοποίηση των προγραμμάτων καθώς και τη συμβολή τους στην εκπαιδευτική διαδικασία.

Επιπλέον να προκύψουν ενδεικτικά αποτελέσματα, τα οποία θα μπορούν μελλοντικά να αξιοποιηθούν από τους ίδιους τους εκπαιδευτικούς, τους Διευθυντές των σχολικών μονάδων, μελλοντικούς ερευνητές που επιθυμούν να ασχοληθούν με το θέμα αυτό καθώς και πολιτικούς φορείς που ασχολούνται με τα εκπαιδευτικά ζητήματα.

4.2 Ερευνητικά Ερωτήματα

Τέθηκαν τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

1. Ποιοι είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν τις γνώσεις και τις απόψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με τα προγράμματα Αγωγής Υγείας;
2. Παρέχονται ευκαιρίες στους εκπαιδευτικούς για να τροποποιήσουν τις υπάρχουσες στάσεις τους ή να βελτιώσουν τις γνώσεις τους;
3. Ποιο είναι το ποσοστό των εκπαιδευτικών που αναλαμβάνουν προγράμματα Αγωγής Υγείας και ποια η συχνότητα διενέργειας των προγραμμάτων αυτών από τους εκπαιδευτικούς;
4. Σε ποιο βαθμό τα προγράμματα Αγωγής Υγείας επηρεάζουν τη ζωή, την υγεία και την ευημερία των μαθητών, σύμφωνα με τις απόψεις των εκπαιδευτικών;

4.3 Μεθοδολογία Έρευνας

Αφού ορίστηκε το θέμα της μελέτης, αρχικά διενεργήθηκε εκτεταμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση στις βάσεις δεδομένων PubMed, Google Scholar, και EKT με λέξεις κλειδιά: Αγωγή Υγείας, Προαγωγή Υγείας, εκπαίδευση και Αγωγή Υγείας, προγράμματα Αγωγής Υγείας στα σχολεία και επιμόρφωση. Για να εξεταστούν τα ερευνητικά ερωτήματα και να εξαχθούν συμπεράσματα από την εφαρμογή της έρευνας, διεκπεραιώθηκε ποσοτική έρευνα με τη χρήση ερωτηματολογίου, σε τυχαίο δείγμα εκπαιδευτικών της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης. Μέσω της ολοκληρωμένης συλλογής δεδομένων και της ανάπτυξης ενός ορθού ερωτηματολογίου είναι δυνατή η γενίκευση των

αποτελεσμάτων στον πληθυσμό.[57] Κατά συνέπεια, η ανάλυση των δεδομένων, η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και η εξαγωγή συμπερασμάτων ολοκληρώνουν τη μεθοδολογία της έρευνας. Η ανάλυση δεδομένων πλαισιώνεται από τις αναλύσεις ανεξαρτησίας Chi-Square (παραμετρική ανάλυση) που εφαρμόστηκαν προκειμένου να ελεγχθεί το επίπεδο ανεξαρτησίας των μεταβλητών που ορίζονται από το ερωτηματολόγιο, καθώς και από τις αναλύσεις συσχετίσεων κατά Spearman (μη παραμετρική ανάλυση) που εφαρμόστηκαν προκειμένου να εξεταστεί η συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας.

4.4 Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας αποτελείτο από 213 εκπαιδευτικούς της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, που υπηρετούσαν σε Γυμνάσια, Γενικά και Επαγγελματικά λύκεια του Νομού Λάρισας στο γεωγραφικό διαμέρισμα Θεσσαλίας στη Διεύθυνση Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης Λάρισας.

Η απλή τυχαία δειγματοληψία ορίστηκε ως η μέθοδος συλλογής του δείγματος από τον πληθυσμό των εκπαιδευτικών της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης του Ν. Λάρισας. Η συγκεκριμένη μέθοδος επιλέχθηκε ως η πλέον κατάλληλη δεδομένου των χρονικών πλαισίων της εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας. Με την εφαρμογή της επιτεύχθηκε η μείωση της μεροληψίας και του στατιστικού σφάλματος, αλλά ταυτόχρονα εγγυόταν η αύξηση ακριβείας των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση.[58] Κριτήριο εισαγωγής των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας ήταν να υπηρετούν το ρόλο του εκπαιδευτικού στη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση του Ν. Λάρισας.

Εφόσον η επιλογή των εκπαιδευτικών ήταν τυχαία, λόγω της εφαρμογής της απλής τυχαίας δειγματοληψίας και δεδομένου ότι το μέγιστο σφάλμα εκτίμησης μίας έρευνας είναι $e = 1/\sqrt{n}$, όπου n ήταν το δείγμα της έρευνας, ορίστηκε ως αξιόπιστο σφάλμα στην παρούσα μελέτη το 10% σφάλμα εκτίμησης. Το σφάλμα εκτίμησης είναι υπαρκτό λόγω της δειγματοληψίας και της απόκλισης από τις πραγματικές παραμέτρους.[59,60] Κατά συνέπεια, σε επίπεδο εμπιστοσύνης 95% και με σφάλμα εκτίμησης 10% προέκυψε ότι χρειάζεται δείγμα 100 εκπαιδευτικών. Επομένως, με τη συλλογή 213 εκπαιδευτικών το δείγμα θεωρείται αξιόπιστο ως προς το μέγεθός του.

4.5 Ερευνητικό Εργαλείο

Ως ερευνητικό εργαλείο της παρούσας έρευνας ορίστηκε αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις ανοιχτού και κλειστού τύπου οι οποίες άντλησαν πληροφορίες για τα

δημογραφικά στοιχεία των εκπαιδευτικών Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης και τις απόψεις και στάσεις αυτών ως προς τα προγράμματα Αγωγής Υγείας. Το ερωτηματολόγιο της έρευνας απαρτίστηκε από 29 ερωτήσεις ανοιχτού και κλειστού τύπου: πολλαπλών επιλογών, ΝΑΙ/ΟΧΙ, και 5-βάθμιας κλίμακας Likert που ακολουθούνταν από τις κλίμακες «Καθόλου» (1) έως «Πάρα Πολύ» (5) και από «Καμία Φορά» (1) έως «>5φορές» (5). Το ερωτηματολόγιο αποτελείτο από πέντε τμήματα:

A. Δημογραφικά Στοιχεία Εκπαιδευτικού (5 ερωτήσεις)

B. Επιμόρφωση και εμπειρία εκπαιδευτικών στα προγράμματα αγωγής υγείας (9 ερωτήσεις)

Γ. Η εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στην εκπαίδευση (6 ερωτήσεις)

Δ. Η συμβολή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας (5 ερωτήσεις)

E. Μελλοντικές προτάσεις περί των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας (4 ερωτήσεις)

Ο έλεγχος αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου έγινε με το συντελεστή αξιοπιστίας Cronbach που βρέθηκε ίσος με 0,775. (Ο δείκτης αξιοπιστίας κατά Cronbach για τις ερωτήσεις που ακολουθούν την κλίμακα Likert ήταν 0.798. Οι ερωτήσεις που ήταν της μορφής ΝΑΙ/ΟΧΙ είχαν δείκτη αξιοπιστίας 0.670. Συνολικά, ο δείκτης αξιοπιστίας ισούνταν με 0.775. Οπότε σημειώθηκαν ικανοποιητικές τιμές του δείκτη αξιοπιστίας)

Το ερωτηματολόγιο επιπλέον συνοδευόταν από κείμενο στο οποίο δίνονταν οι πληροφορίες για το σκοπό και το θέμα της έρευνας. Σημειώνεται πως διατηρήθηκε η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα των δεδομένων που συλλέγησαν καθώς και ο εθελοντικός χαρακτήρας της συμμετοχής. Ζητήθηκε η ειλικρίνεια και η αντικειμενικότητα των εκπαιδευτικών ως προς τις απαντήσεις τους και επισημάνθηκε η αξία της συμμετοχής τους. Για τυχόν απορίες ως προς το σκοπό της έρευνας, τη διαδικασία συμπλήρωσης ερωτηματολογίου, ακόμα και για περαιτέρω διευκρινίσεις περί των ερωτήσεων και όχι μόνο, οι εκπαιδευτικοί μπορούσαν να επικοινωνήσουν με την ερευνήτρια μέσω ηλεκτρονικής διεύθυνσης. Η χρονική διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν στα 10 λεπτά. Το ερωτηματολόγιο της έρευνας παρατίθεται στο Παράρτημα.

4.6 Συλλογή Δεδομένων

Το ερωτηματολόγιο της έρευνας διανεμήθηκε το χρονικό διάστημα από Φεβρουάριο έως Μάρτιο του 2016, στους 213 εκπαιδευτικούς της Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης που υπηρετούν σε Γυμνάσια, Γενικά και Επαγγελματικά Λύκεια του Νομού Λάρισας. Για τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης μελέτης ζητήθηκε και λήφθηκε η άδεια της επιτροπής ειδικής σύνθεσης του Μεταπτυχιακού, αλλά και άδεια από τους Διευθυντές των σχολικών μονάδων του Ν. Λάρισας που συμμετείχαν στην έρευνα.

Αρχικά, πραγματοποιήθηκε πιλοτική έρευνα σε δύο σχολικές μονάδες, όπου το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε σε είκοσι εκπαιδευτικούς. Τα αποτελέσματα της πιλοτικής έδειξαν ότι το

ερωτηματολόγιο της έρευνας ήταν κατανοητό από τους εκπαιδευτικούς και κατά συνέπεια, μπορούσε να μοιραστεί και στο υπόλοιπο δείγμα του πληθυσμού της έρευνας. Η συλλογή των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε, είτε απευθείας στους χώρους εργασίας των συμμετεχόντων, είτε με την αποστολή των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων με τη χρήση του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Αξίζει να σημειωθεί ότι στους χώρους εργασίας των συμμετεχόντων, μοιράστηκαν 200 ερωτηματολόγια, όπου το 50% αυτών επιστράφηκαν συμπληρωμένα. Ακόμα, 150 ερωτηματολόγια στάλθηκαν στους εκπαιδευτικούς με τη χρήση του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και επιστράφηκαν πίσω συμπληρωμένα 113 ερωτηματολόγια, το 75,3% αυτών. Ακολούθησε η αποκωδικοποίηση, καταγραφή και ανάλυση δεδομένων με τη χρήση του SPSS v.23.

4.7 Ηθική Δεοντολογία

Κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας, διατηρήθηκε η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα των δεδομένων των εκπαιδευτικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα. Οι συμμετέχοντες έλαβαν μέρος στην έρευνα εθελοντικά χωρίς υλικές ή χρηματικές απολαβές. Η παρουσία της ερευνήτριας ήταν επαρκής κατά την περίοδο συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων για επίλυση αποριών των εκπαιδευτικών ως προς τον σκοπό της επικείμενης έρευνας και τη διαδικασία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Η επικοινωνία μεταξύ του δείγματος και της ερευνήτριας πραγματοποιήθηκε είτε πρόσωπο με πρόσωπο, είτε με τη χρήση του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Επίσης, υπήρχε η δυνατότητα αποστολής σε συγκεκριμένη ηλεκτρονική σελίδα αποριών ή ερωτημάτων. Τέλος, οι συμμετέχοντες μπορούσαν να αποχωρήσουν από την ερευνητική διαδικασία κατόπιν επιθυμίας τους.

4.8 Ανάλυση Δεδομένων

Εφαρμόστηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση για τη μελέτη των στάσεων και απόψεων των εκπαιδευτικών της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης περί των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας. Ανάλυση επι της % συχνοτήτων και υπολογισμός μέτρων θέσης, όπως μέση τιμή και διασποράς, όπως τυπική απόκλιση και εύρος τιμών, πραγματοποιήθηκαν για την ανάλυση των δημογραφικών στοιχείων των εκπαιδευτικών και τις απόψεις και στάσεις των περί του υπό εξέταση θέματος.

Επιπροσθέτως, εφαρμόστηκε επαγωγική στατιστική στα πλαίσια μελέτης των ερευνητικών ερωτημάτων. Ανάλυση ανεξαρτησίας Chi-Square εφαρμόστηκε προκειμένου να ελεγχθεί το επίπεδο ανεξαρτησίας των μεταβλητών που ορίζονται από το ερωτηματολόγιο. Απώτερος σκοπός αυτού η μελέτη των ερευνητικών ερωτημάτων. Εφαρμόστηκε έλεγχος χ^2 λόγω της φύσης των ερωτήσεων που ορίζουν διακριτές μεταβλητές. Το επίπεδο εμπιστοσύνης της έρευνας κυμαίνεται στο 95%.

Ακόμα, εφαρμόστηκε ανάλυση συσχετίσεων κατά Spearman προκειμένου να εξεταστεί η συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας σε επίπεδο εμπιστοσύνης 95%. Η φύση των διακριτών μεταβλητών προτρέπει στην εφαρμογή της ανάλυσης μη παραμετρικών συσχετίσεων κατά Spearman.

4.9 Περιορισμοί της έρευνας

Ο επαρκής όγκος δευτερογενών δεδομένων για τη μελέτη των στάσεων και απόψεων των εκπαιδευτικών της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης περί των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας δεν οδήγησε σε προβλήματα ή ελλείψεις και στη δυσκολία ανάπτυξης του θεωρητικού μέρους. Επιπλέον, δυσκολίες και περιορισμοί δεν καταγράφηκαν κατά την εκπόνηση της ερευνητικής διαδικασίας. Η προθυμία των εκπαιδευτικών της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης του Ν. Λάρισας να λάβουν μέρος στην έρευνα ήταν υπαρκτή. Όλα τα ερωτηματολόγια που μοιράστηκαν στους εκπαιδευτικούς συλλέχθηκαν συμπληρωμένα. Το ποσοστό απόκρισης στην έρευνα ήταν 100%.

Μοναδικός περιορισμός της έρευνας ήταν το φαινόμενο ελλιπών τιμών που παρατηρήθηκε κατά την καταγραφή των δεδομένων που συλλέχθηκαν. Παρόλα ταύτα, το ποσοστό ελλιπών τιμών για τις ερωτήσεις κυμαίνεται από 0.5% έως 1.4%. Οπότε για τις ερωτήσεις με ποσοστό <10%, δεν πραγματοποιήθηκε κάποια διαδικασία συμπλήρωσης των ελλιπών τιμών και κατά συνέπεια ο συγκεκριμένος περιορισμός δεν οδηγεί σε προβλήματα την ανάλυση δεδομένων.

Επιπλέον το δείγμα των εκπαιδευτικών αποτέλεσε δείγμα ευκολίας και μάλιστα από την περιοχή της Λάρισας. Αυτό αποτελεί τροχοπέδη στην αναγωγή των αποτελεσμάτων στο σύνολο του πληθυσμού, δηλαδή τους παιδαγωγούς της Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην Ελλάδα. Ενδεχομένως τα αποτελέσματα να διαφοροποιούνταν αν στο δείγμα εμπλέκονταν εκπαιδευτικοί από όλη την Ελλάδα. Παρόλα αυτά, τα αποτελέσματα δε μπορεί παρά να αποτελούν μια πρώτη προσέγγιση του ζητήματος, που καταδεικνύει την ανάγκη διεξαγωγής προγραμμάτων Αγωγής της Υγείας από τα σχολεία Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης.

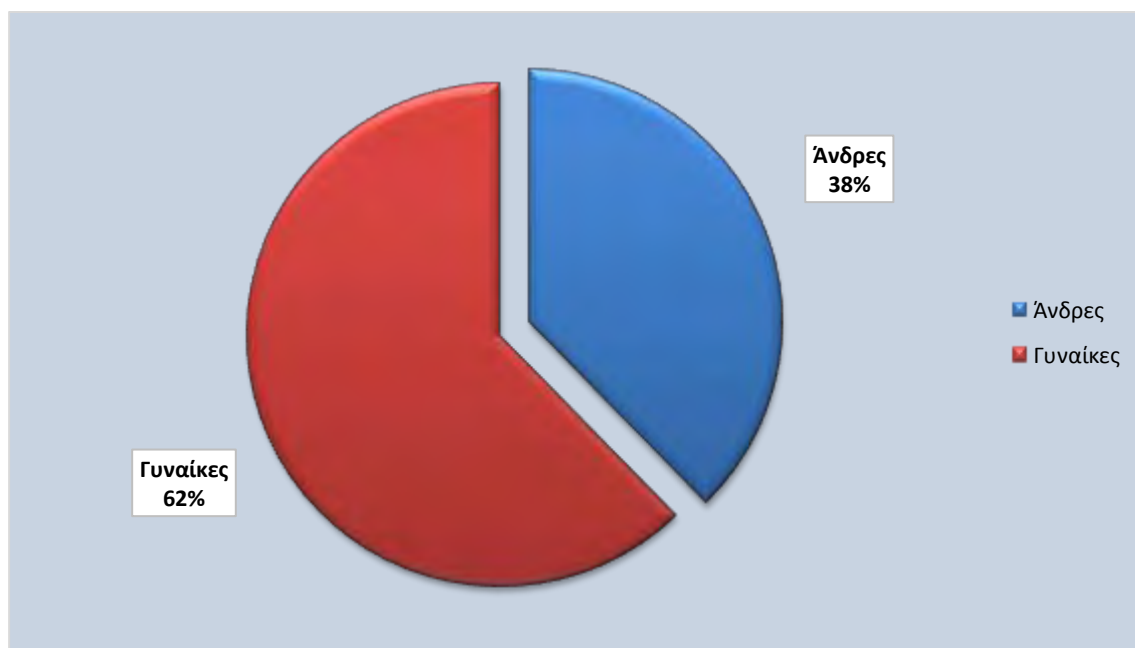
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1 Δημογραφικά στοιχεία Εκπαιδευτικών

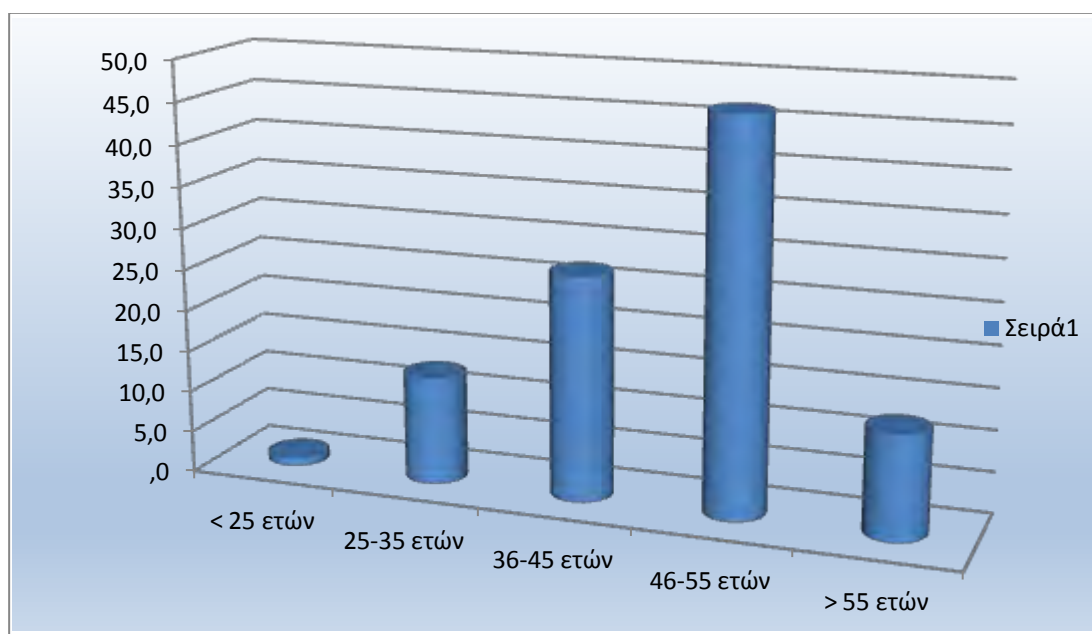
Το δείγμα της έρευνας αποτελείτο από 213 εκπαιδευτικούς (37.7% Άνδρες, 62.3% Γυναίκες, Γραφ. 1) της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, ηλικίας από 22 ετών έως 65 ετών ($M=45.70$, $SD=4.915$), που υπηρετούσαν σε Γυμνάσια, Γενικά και Επαγγελματικά λύκεια του Νομού Λάρισας στο γεωγραφικό διαμέρισμα Θεσσαλίας στη Διεύθυνση Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης Λάρισας (Γραφ. 2).

Οι συμμετέχοντες υπηρετούσαν το ρόλο του εκπαιδευτικού από 1 έως και περισσότερα από 20 σχολικά έτη ($M= 16.68$, $SD=1.591$). Σχετικά με το μορφωτικό τους επίπεδο, το 25.9% των εκπαιδευτικών ήταν πτυχιούχοι ΤΕΙ, το 52.4% πτυχιούχοι ΑΕΙ, και το 19.3% των εκπαιδευτικών κάτοχοι Μεταπτυχιακού Διπλώματος. Το 2.4% των συμμετεχόντων ήταν κάτοχοι Διδακτορικού Διπλώματος. (Πίνακας 1)

Γράφημα 1. Φύλο συμμετεχόντων



Γράφημα 2. Ηλικία Συμμετεχόντων



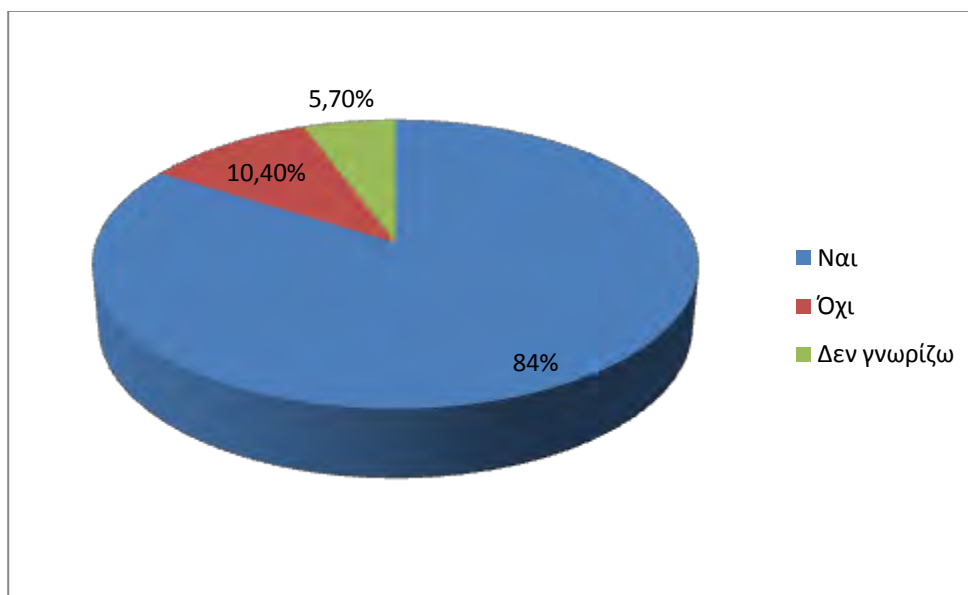
Δημογραφικά Στοιχεία Εκπαιδευτικών Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης Ν. Λάρισας (N=213)

36

5.2 Επιμόρφωση και εμπειρία εκπαιδευτικών στα προγράμματα Αγωγής Υγείας

Σ' αυτή την ενότητα, παρουσιάζονται οι απόψεις και στάσεις των εκπαιδευτικών Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα και που υπηρετούσαν σε σχολεία του Ν. Λάρισας, ως προς το επίπεδο επιμόρφωσης και εμπειρίας των εκπαιδευτικών στα προγράμματα Αγωγής Υγείας.

Γράφημα 3. Γνώση εννοιών Αγωγής και Προαγωγής Υγείας



Αρχικά, το 84.0% των εκπαιδευτικών δήλωσε ότι γνωρίζουν τις έννοιες Προαγωγή Υγείας και Αγωγή Υγείας στο ρόλο του Εκπαιδευτικού, εν αντιθέσει με το 10.4% των εκπαιδευτικών που δήλωσε ότι, δε γνώριζε αυτές τις έννοιες. Μόλις το 5.7% των εκπαιδευτικών επιπλέον εξέφρασε ότι δε γνωρίζει αν ξέρει αυτές τις έννοιες, το οποίο αποτελεί και ενδιαφέρον. Γνωρίζουν τις έννοιες ή όχι το συγκεκριμένο ποσοστό των ατόμων; (Γραφ. 3)

Το 44.8% των εκπαιδευτικών επιπλέον έκριναν ως πάρα πολύ σημαντική την Προαγωγή Υγείας στην εκπαίδευση. Θεώρησαν ότι είναι απαραίτητη να εφαρμοστεί στην τάξη τους στο μέλλον και θα συνδράμει θετικά στον εκπαιδευτικό χώρο. Το 25.9% αξιολόγησε ως πολύ σημαντική την ένταξη της Προαγωγής Υγείας στην εκπαίδευση, με το 23.6% και μόλις το 1.9% των εκπαιδευτικών αξιολόγησαν την εν λόγω δράση ως αρκετά και λίγο σημαντική αντίστοιχα. Μόλις το 1.4% των συμμετεχόντων θεώρησε ότι δεν είναι απαραίτητη μία τέτοια κίνηση και ότι δε θα προβούν στην ένταξη της Προαγωγής Υγείας στην τάξη τους στο μέλλον. Το 2.4% των συμμετεχόντων επέλεξε να μην απαντήσει στη συγκεκριμένη ερώτηση.

Τα επιμορφωτικά σεμινάρια συμβάλλουν θετικά στη σχεδίαση και υλοποίηση ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας στους μαθητές, όπως αυτό εκτιμάται και από παρελθοντικές εκτιμήσεις. Ωστόσο, ενδιαφέρον αποτελεί το γεγονός ότι μόλις το 28.6% των συμμετεχόντων εξέφρασε ότι έχει εκπαιδευτεί μέσω των επιμορφωτικών σεμιναρίων, ενώ το 71.4% δεν έχει συμμετάσχει σε τέτοια προγράμματα.

Αν και η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών δήλωσε ότι δεν έχει παρακολουθήσει επιμορφωτικά σεμινάρια για τη σχεδίαση και υλοποίηση ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας, το 44.6% των εκπαιδευτικών έχει υλοποιήσει προγράμματα Αγωγής Υγείας, κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας τους ως εκπαιδευτικοί, σχεδόν ένας στους δύο. Το 55.4% των 213 εκπαιδευτικών Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης του Ν. Λάρισας δεν έχουν υλοποιήσει μέχρι τον Μάρτιο του 2016 κάποιο πρόγραμμα Αγωγής Υγείας κατά την εκπαιδευτική τους εμπειρία.

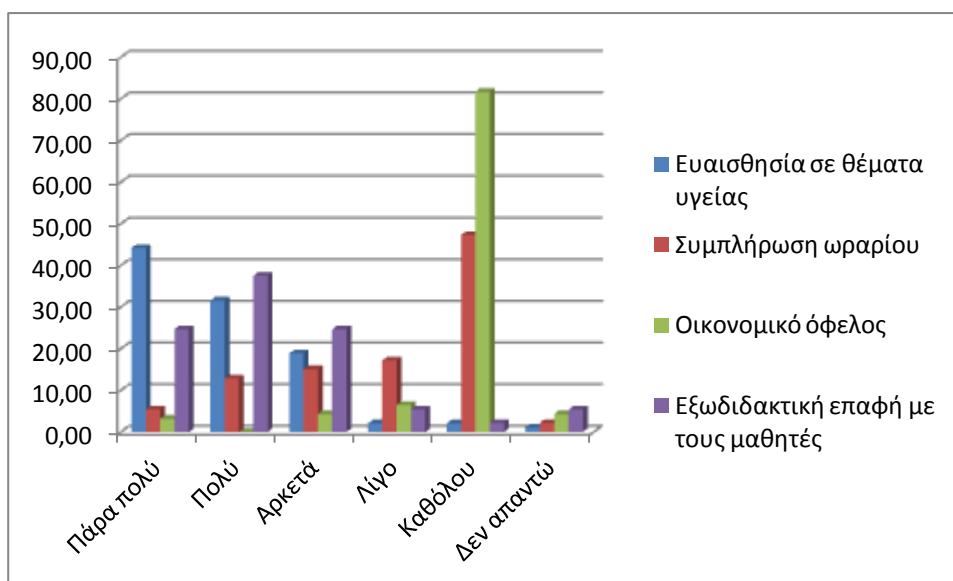
Για τους 95 συμμετέχοντες που έχουν αναλάβει και εφαρμόσει προγράμματα Αγωγής Υγείας κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας των ως εκπαιδευτικοί, εξέφρασαν τους λόγους που προέβησαν σε αυτήν την ενέργεια (Πίνακας 2).

Πίνακας 2.

Λόγοι υλοποίησης προγραμμάτων Αγωγής Υγείας από τους εκπαιδευτικούς κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας τους στον εκπαιδευτικό χώρο (N=95)

	Πάρα πολύ	Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου	Δεν απαντώ
Εναισθησία σε θέματα υγείας	44.2	31.6	18.9	2.1	2.1	1.1
Συμπλήρωση ωραρίου	5.4	12.9	15.1	17.2	47.3	2.2
Οικονομικό όφελος	3.2	0.0	4.3	6.5	81.7	4.3
Εξωδιδασκτική επαφή με τους μαθητές	24.7	37.6	24.7	5.4	2.2	5.4

Γράφημα 4. Λόγοι υλοποίησης προγραμμάτων Αγωγής Υγείας από τους εκπαιδευτικούς κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας τους στον εκπαιδευτικό χώρο



Φαίνεται πως οι εκπαιδευτικοί θεωρούν ότι ο πιο σημαντικός λόγος για να υλοποιήσουν κάποιο Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας στην τάξη τους, ήταν η ευαισθησία τους σε θέματα υγείας καθώς το 44.2% των συμμετεχόντων θεωρεί ότι είναι πάρα πολύ σημαντική αιτία που τους προέτρεψε στην ενέργεια αυτή. Ακολούθως, το 37.6% των εκπαιδευτικών κρίνει σημαντικό λόγο την εξωδιδακτική επαφή με τους μαθητές για τη σχεδίαση και υλοποίηση ενός Προγράμματος Αγωγής Υγείας. Λιγότερο σημαντικές αιτίες που τους προέτρεψαν σε αυτήν την ενέργεια είναι η συμπλήρωση ωραρίου και το οικονομικό όφελος, αφού το 47.3% και 81.7% αντίστοιχα των συμμετεχόντων έκριναν ως καθόλου σημαντικούς τους λόγους αυτούς. (Γραφ. 4)

Επιπροσθέτως, οι εκπαιδευτικοί δήλωσαν ότι έχουν αναλάβει συγκεκριμένα προγράμματα Αγωγής Υγείας από 1 έως και περισσότερα από 10 σχολικά έτη ($M=3.16$, $SD=.97$) κατά τη διάρκεια του εκπαιδευτικού τους ρόλου. Κατά μέσο όρο, το πρόγραμμα «Ευρωπαϊκό Δίκτυο Σχολείων Προαγωγής Υγείας» έχει εφαρμοστεί .35 φορές στα σχολεία του δείγματος Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης του Ν. Λάρισας ($M=.35$, $SD=.067$), ενώ το πρόγραμμα Αγωγής Υγείας «Ευ Ζην» έχει εφαρμοστεί 1 φορά ($M=.51$, $SD=.26$). Το πρόγραμμα «Δράσεις Σχολικής και Κοινωνικής Ένταξης - ΔΡΑ.Σ.Ε. (ΖΕΠ)» έχει εφαρμοστεί εξίσου 1 φορά κατά μέσο όρο ($M=.47$, $SD=.26$), καθώς τα προγράμματα «Κυκλοφοριακή Αγωγή» και «Μέντωρ» έχουν εφαρμοστεί 1 ($M=.61$, $SD=.058$) και καμία φορά κατά μέσο όρο ($M=.18$, $SD=.059$). Κατά μέσο όρο, τα «Σεμινάρια Αντιναρκωτικής Αγωγής» έχουν εφαρμοστεί 1 φορά ($M=.75$, $SD=.242$)., το πρόγραμμα «Διαφυλικής-Σεξουαλικής

Αγωγής» έχει εφαρμοστεί 1 φορά ($M = .79$, $SD = .538$) και τέλος, το πρόγραμμα «Σχολείο Χωρίς Καπνό» έχει εφαρμοστεί 1 φορά κατά μέσο όρο ($M = .64$, $SD = .538$).

Το ποσοστό ανταπόκρισης των μαθητών στα προγράμματα Αγωγής Υγείας που εφαρμόστηκαν τα προηγούμενα σχολικά έτη, καταγράφηκε και αξιολογήθηκε σύμφωνα με τις απόψεις των εκπαιδευτικών, που έχουν σχεδιάσει και υλοποιήσει τα αντίστοιχα προγράμματα (Πίνακας 3).

Πίνακας 3.

Ποσοστό Ανταπόκρισης των Μαθητών στα προγράμματα Αγωγής Υγείας (N=95)

	Πάρα πολύ	Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου	Δεν απαντώ
<i>Ευρωπαϊκό Δίκτυο Σχολείων Προαγωγής Υγείας</i>	4.1	9.5	16.2	6.8	13.5	50.0
<i>Ευ Ζην</i>	10.8	14.9	10.8	5.4	5.4	52.7
<i>Δράσεις Σχολικής και Κοινωνικής Ένταξης - ΔΡΑ.Σ.Ε. (ΖΕΠ)</i>	2.8	7.0	9.9	7.0	12.7	60.6
<i>Κυκλοφοριακή Αγωγή</i>	18.1	8.3	23.6	0.0	6.9	43.1
<i>Μέντωρ</i>	7.5	7.5	0.0	4.5	11.9	68.7
<i>Σεμινάρια Αντιναρκωτικής Αγωγής</i>	18.2	27.3	10.4	0.0	6.5	37.7
<i>Πρόγραμμα Διαφυλικής- Σεξουαλικής Αγωγής</i>	26.3	16.3	8.8	1.3	7.5	40.0
<i>Σχολείο Χωρίς Καπνό</i>	12.8	14.1	16.7	2.6	10.3	43.6

Παρατηρείται ότι η πλειοψηφία των μαθητών ανταποκρίθηκε πάρα πολύ θετικά στο Πρόγραμμα Διαφυλικής-Σεξουαλικής Αγωγής (26.3%), αλλά και στα Σεμινάρια Αντιναρκωτικής Αγωγής (27.3%) σύμφωνα με την πλειοψηφία των απόψεων των εκπαιδευτικών. Από την άλλη πλευρά, μικρότερο ποσοστό ανταπόκρισης των μαθητών, καταγράφηκε ως προς την υλοποίηση των προγραμμάτων Κυκλοφοριακή Αγωγή (23.6%) και Σχολείο Χωρίς Καπνό (16.7%). Τα προγράμματα Μέντωρ και Δράσεις Σχολικής και Κοινωνικής Ένταξης - ΔΡΑ.Σ.Ε. (ΖΕΠ) φαίνεται ότι δεν είχαν ανταπόκριση στους μαθητές.

Πλην όμως των εκπαιδευτικών που είχαν εφαρμόσει έστω και ένα πρόγραμμα Αγωγής Υγείας στο παρελθόν κατά τη διάρκεια του εκπαιδευτικού τους ρόλου, 118 εκπαιδευτικοί δεν είχαν προβεί σε μία τέτοια κίνηση μέχρι τη χρονική στιγμή που πραγματοποιήθηκε η συλλογή δεδομένων της παρούσας εργασίας. Οι λόγοι που δεν προέβησαν σε αυτήν την ενέργεια καταγράφονται στον Πίνακα 4.

Πίνακας 4.

Λόγοι μη υλοποίησης προγραμμάτων Αγωγής Υγείας από τους εκπαιδευτικούς κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας τους στον εκπαιδευτικό χώρο (N=118)

	Πάρα πολύ	Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου	Δεν απαντώ
Έλλειψη γνώσεων και δεξιοτήτων για το αντικείμενο	11.9	16.5	25.7	21.1	22.9	1.8
Έλλειψη χρόνου	22.9	16.5	25.7	16.5	15.6	2.8
Απουσία κατάλληλου εκπαιδευτικού υλικού	13.9	18.5	23.1	24.1	16.7	3.7
Έλλειψη στήριξης από το επαγγελματικό περιβάλλον	11.9	14.7	22.0	18.3	28.4	4.6
Αδιαφορία των μαθητών	5.5	7.3	22.9	24.8	35.8	3.7
Έλλειψη επιχορηγήσεων από το κράτος	14.7	11.9	14.7	30.3	20.2	8.3

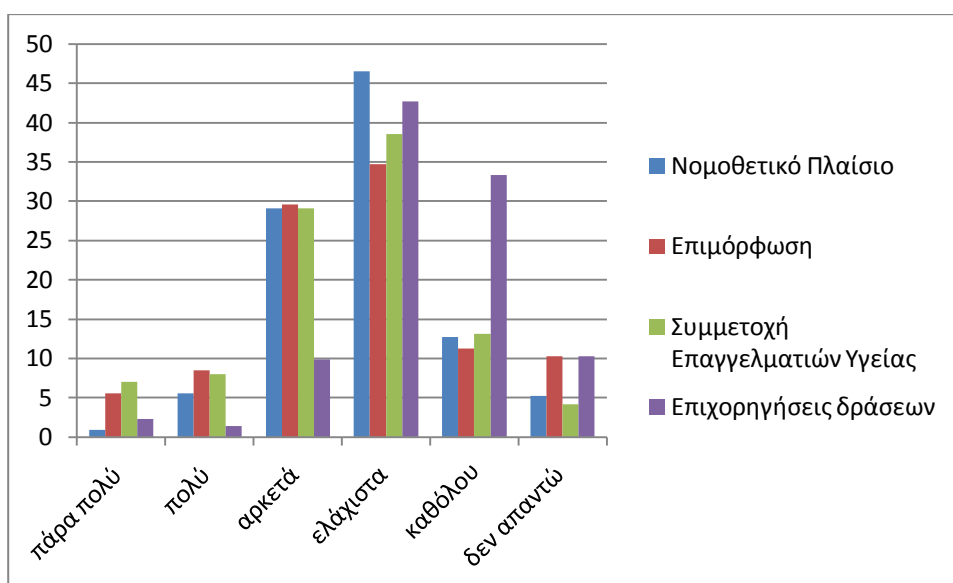
Οι 118 εκπαιδευτικοί θεωρούν ότι ο πιο σημαντικός λόγος για τη μη υλοποίηση κάποιου Προγράμματος Αγωγής Υγείας στην τάξη τους μέχρι τώρα ήταν η έλλειψη χρόνου καθώς το 22.9% των συμμετεχόντων θεωρεί ότι είναι πάρα πολύ σημαντική αιτία. Το 25.7% των εκπαιδευτικών κρίνει αρκετά σημαντικό λόγο την έλλειψη γνώσεων και δεξιοτήτων για το αντικείμενο. Λιγότερες σημαντικές αιτίες αλλά εξίσου δυναμικές για τη μη υλοποίηση ενός προγράμματος είναι η απουσία κατάλληλου εκπαιδευτικού υλικού και η έλλειψη επιχορηγήσεων από το κράτος, αφού το 24.1% και 30.3% αντίστοιχα των συμμετεχόντων κρίνουν ως ελάχιστα σημαντικούς τους λόγους αυτούς. Η αδιαφορία των μαθητών (35.8%) και η έλλειψη στήριξης από το επαγγελματικό περιβάλλον (28.4%)

είναι οι πιο ασήμαντες αιτίες που πιθανώς εμποδίζουν τους εκπαιδευτικούς από την υλοποίηση ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας.

5.3 Η εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στην εκπαίδευση

Στην παρούσα ενότητα εξετάζεται το εύρος εφαρμογής των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στην Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση, καθώς και οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εφαρμογή τους.

Γράφημα 5. Παράγοντες που συμβάλλουν στην εφαρμογή των Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας.



Όσον αφορά τη βοήθεια που συνεισφέρει το υπάρχον νομοθετικό πλαίσιο στην υλοποίηση προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στα σχολεία, μόλις το .9% των εκπαιδευτικών θεωρεί ότι συνδράμει πολύ θετικά, το 5.6% θεωρεί ότι συνδράμει πολύ, ενώ το 29.1% των συμμετεχόντων υποστηρίζει ότι η συμβολή του νομοθετικού πλαισίου στην εφαρμογή Προγραμμάτων Υγείας στην Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση είναι αρκετά σημαντική. Οι απόψεις διίστανται καθώς από την άλλη πλευρά, η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών (46.5%) και το 12.7% των εκπαιδευτικών αντίστοιχα θεωρεί ότι η νομοθεσία της χώρας συμβάλει από λίγο έως καθόλου. Το 5.2% των συμμετεχόντων επέλεξε να μην απαντήσει στη συγκεκριμένη ερώτηση. (Γραφ.5)

Σχετικά με την αποτελεσματική βοήθεια των επιμορφωτικών σεμιναρίων στην υλοποίηση προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στα σχολεία, το 5.6% των εκπαιδευτικών θεωρεί ότι τα σεμινάρια συνδράμουν πάρα πολύ, το 8.5% θεωρεί ότι συνδράμουν πολύ, ενώ το 29.6% των συμμετεχόντων υποστήριξε ότι η συμβολή των επιμορφωτικών σεμιναρίων στην εφαρμογή Προγραμμάτων Υγείας

στην Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση είναι αρκετά σημαντική. Αντιθέτως, το 34.7% και το 11.3% των εκπαιδευτικών σημείωσε από ελάχιστη έως και μηδαμινή τη βοήθεια των επιμορφωτικών σεμιναρίων στην υλοποίηση προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στα σχολεία. Το 10.3% των συμμετεχόντων επέλεξε να μην απαντήσει στη συγκεκριμένη ερώτηση. (Γραφ. 5)

Ακολούθως, το 7.0% των εκπαιδευτικών του δείγματος θεωρούν ότι οι προγραμματισμένες επισκέψεις από τους αρμόδιους φορείς στα σχολεία επαρκούν πάρα πολύ για την αποτελεσματική υλοποίηση προγραμμάτων Αγωγής Υγείας. Το 8.0% και το 29.1% των συμμετεχόντων θεωρεί ότι οι συγκεκριμένες προγραμματισμένες επισκέψεις συνδράμουν πολύ και αντίστοιχα αρκετά για την αποτελεσματική υλοποίηση των προγραμμάτων. Το 38.5% των εκπαιδευτικών θεωρούν ότι τα προγράμματα δύνανται να υλοποιηθούν ελάχιστα αποτελεσματικά όταν οι αρμόδιοι φορείς επισκέπτονται τα σχολεία για να βοηθήσουν με τη συμμετοχή τους. Το 13.1% των εκπαιδευτικών δε θεώρησε καθόλου ότι δύναται να ενισχυθεί η υλοποίηση των προγραμμάτων από τη συγκεκριμένη αιτία. Το 4.2% των συμμετεχόντων επέλεξε να μην απαντήσει στη συγκεκριμένη ερώτηση. (Γραφ.5)

Ακόμα, το 82.1% των εκπαιδευτικών θεωρεί ότι η Αγωγή Υγείας πρέπει να ενταχθεί ως μάθημα στο αναλυτικό πρόγραμμα της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, εν αντιθέσει με τη μειοψηφία των εκπαιδευτικών (17.9%) που υποστήριξε ότι η Αγωγή Υγείας δεν πρέπει να ενταχθεί ως μάθημα στην εκπαίδευση των μαθητών Γυμνασίου και Γενικών και Επαγγελματικών Λυκείων.

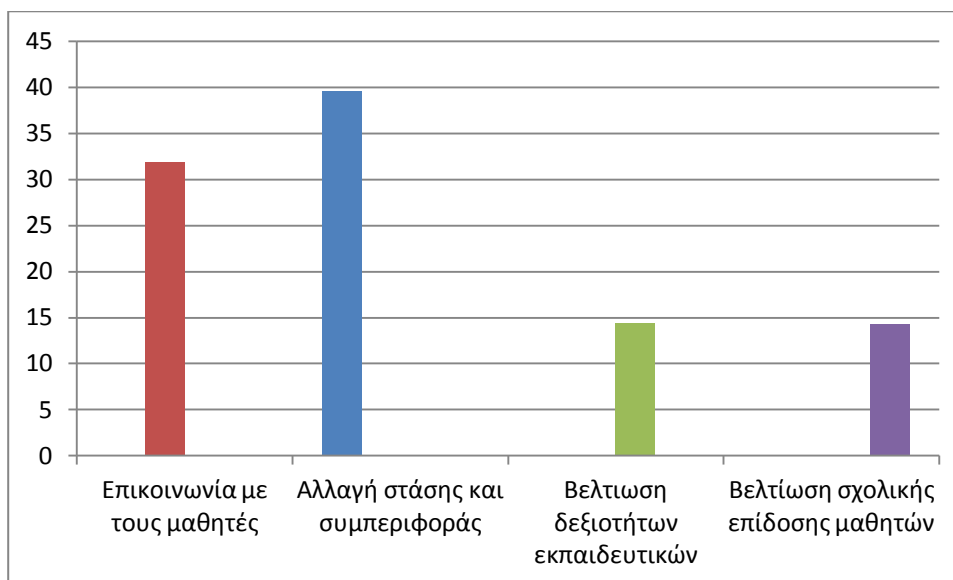
Το 26.8% των εκπαιδευτικών του δείγματος θεωρούν ότι η χρήση των Τεχνολογιών Πληροφοριών και Επικοινωνίας (ΤΠΕ) υποβοηθούν την επίτευξη των στόχων της Αγωγής Υγείας. Επιπλέον, το 30.5% και το 28.2% των συμμετεχόντων θεωρεί ότι η χρήση των ΤΠΕ συνδράμουν πολύ και αντίστοιχα αρκετά στην επίτευξη των στόχων της Αγωγής Υγείας. Αντιθέτως, το 8.9% και το 1.9% των εκπαιδευτικών σημειώνει ως ελάχιστη και μηδαμινή αντίστοιχα τη συμβολή των ΤΠΕ στην υλοποίηση προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στα σχολεία και στην επίτευξη των στόχων του. Το 3.8% των συμμετεχόντων επέλεξε να μην απαντήσει στη συγκεκριμένη ερώτηση.

Επίσης το 2.3% των συμμετεχόντων θεωρεί ότι οι επιχορηγήσεις δράσεων σήμερα είναι πάρα πολύ επαρκείς για την υλοποίηση προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στα σχολεία, το 1.4% θεωρεί ότι είναι πολύ επαρκείς και το 9.9% θεωρεί ότι είναι αρκετά επαρκείς. Εν συνεχεία, το 42.7% των εκπαιδευτικών θεωρεί ότι η υλοποίηση προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στα σχολεία είναι ελάχιστα επαρκής εξαιτίας των επιχορηγήσεων δράσεων. Το 33.3% των συμμετεχόντων σημειώνει ως ανύπαρκτη τη συμβολή των επιχορηγήσεων δράσεων για την υλοποίηση προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στα σχολεία. Το 10.3% των συμμετεχόντων επέλεξε να μην απαντήσει στη συγκεκριμένη ερώτηση. (Γραφ.5)

5.4 Η συμβολή των Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας

Η συμβολή των Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στον εκπαιδευτικό χώρο της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης μελετήθηκε στην παρούσα ενότητα. Οι εκπαιδευτικοί του δείγματος εξέφρασαν την άποψή τους περί του συγκεκριμένου ζητήματος.

Γράφημα 6. Συμβολή Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας



Γράφημα 6. Συμβολή Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας

Το 39.5% των εκπαιδευτικών υποστηρίζει ότι η αλλαγή στάσης και συμπεριφοράς από τους μαθητές σχετικά με τα θέματα που αφορούν την υγεία του είναι το πιο θετικό στοιχείο που αποκομίζει ένας εκπαιδευτικός υλοποιώντας τα προγράμματα Αγωγής Υγείας. Οι εκπαιδευτικοί επιπλέον θέτουν την ουσιαστική επικοινωνία με τους μαθητές - γονείς (31.8%) και τη βελτίωση των προσωπικών τους δεξιοτήτων (14.4%) ως το δεύτερο και τρίτο σημαντικό λόγο αντίστοιχα για την πραγματοποίηση ενός προγράμματος. Η βελτίωση της σχολικής επίδοσης των μαθητών φαίνεται να καταλαμβάνει τη τέταρτη θέση (14.3%) στη κατάταξη σημαντικότητας των θετικών στοιχείων που αποκομίζει ένας εκπαιδευτικός υλοποιώντας προγράμματα Αγωγής Υγείας. (Γραφ.6)

Πλην των θετικών στοιχείων, οι εκπαιδευτικοί κλήθηκαν να εκφράσουν την άποψή τους και για τα αρνητικά στοιχεία που εμποδίζουν την εμπλοκή των εκπαιδευτικών σε προγράμματα. Η απουσία υποδομών και πόρων (30.9%), η έλλειψη κινήτρων (29.5%), η δυσκολία στη συγκέντρωση και οργάνωση των μαθητών (21.8%) και η αδιαφορία και απαξίωση από τους συναδέλφους και από το σύστημα γενικά (17.7%) ορίζουν τα τέσσερα αρνητικά στοιχεία κατά σειρά κατάταξης ως προς το πόσο σημαντικά αυτά θεωρούνται από τους εκπαιδευτικούς του δείγματος.

Η συμβολή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας είναι άκρως σημαντική σύμφωνα με τις απόψεις των εκπαιδευτικών, αλλά οι αιτίες που ο κάθε συμμετέχοντας τη θεωρεί σημαντική διαφοροποιείται (Πίνακας 5).

Πίνακας 5.

Αξιολόγηση των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας από τους εκπαιδευτικούς (N=200)

	Πάρα πολύ	Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου	Δεν απαντώ
Τα προγράμματα Αγωγής Υγείας βοηθάνε στην αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών σε θέματα υγείας των μαθητών	41.8	30.0	23.5	3.3	.5	.9
Δίνεται η δυνατότητα στους μαθητές να αποκτήσουν δεξιότητες για έναν υγιεινό τρόπο ζωής	41.8	31.0	23.5	2.8	.5	.5
Στην Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση έχει θέση η Αγωγή Υγείας	32.9	25.8	20.7	9.9	7.0	3.8
Η Αγωγή Υγείας δεν πρέπει να υφίσταται διότι οι μαθητές διδάσκονται για αυτά τα θέματα σε αντίστοιχα μαθήματα	1.4	3.3	7.5	22.5	56.3	8.9

Η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών (41.8%) θεωρεί ότι τα προγράμματα Αγωγής Υγείας βοηθάνε στην αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών σε θέματα υγείας των μαθητών στο μέγιστο, καθώς υποστηρίζουν επίσης (41.8%) ότι δίνεται και η δυνατότητα στους μαθητές να αποκτήσουν δεξιότητες για έναν υγιεινό τρόπο ζωής στο μέγιστο. Ένας στους τρεις εκπαιδευτικούς υποστηρίζει ότι στην Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση έχει θέση η Αγωγή Υγείας (32.9%), αλλά είναι αντίθετοι με το γεγονός

ότι η Αγωγή Υγείας δεν πρέπει να υφίσταται διότι οι μαθητές διδάσκονται για αυτά τα θέματα σε αντίστοιχα μαθήματα (56.3%).

Η συμβολή των Προγραμμάτων θεωρούν ότι θα είναι θετική όχι μόνο στους ιδίους και στους μαθητές, αλλά και στην ατομική και Δημόσια Υγεία (95.8%). Μόλις το 4.2% των εκπαιδευτικών διαφωνεί με το συγκεκριμένο γεγονός. Τέλος, υποστηρίζουν ότι η εμπλοκή ειδικών (ιατρών, νοσηλευτών, κ.α.) θα βοηθούσε στην ολοκληρωτική και επιτυχημένη επίτευξη των στόχων της Προαγωγής της Υγείας (88.2%), εν αντιθέσει με το 11.8% των εκπαιδευτικών που διαφοροποιούνται από τη συγκεκριμένη επιλογή.

5.5 Προτάσεις των εκπαιδευτικών για τα Προγράμματα Αγωγής Υγείας

Οι εκπαιδευτικοί επιπροσθέτως κλήθηκαν να εκφράσουν τις μελλοντικές τους προτάσεις περί των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας και την εφαρμογή τους στην εκπαίδευση. Τα αποτελέσματα της επικείμενης ανάλυσης παρουσιάζονται στην παρούσα ενότητα.

Το 85.7% των εκπαιδευτικών της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης του Ν. Λάρισας θεωρούν ότι πρέπει να υπάρχει διάχυση και σύνδεση της μεθοδολογίας των σχολικών δραστηριοτήτων που πηγάζει από τα προγράμματα Αγωγής Υγείας στη διδασκαλία των άλλων μαθημάτων, ενώ το 14.3% των εκπαιδευτικών θεωρεί ότι η εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας πρέπει να είναι ανεξάρτητη από την εκμάθηση των λοιπών μαθημάτων του προγράμματος της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης.

Όσον αφορά τα άτομα που υποστήριξαν ότι πρέπει να είναι υπαρκτή η συγκεκριμένη διάχυση και σύνδεση της μεθοδολογίας των σχολικών δραστηριοτήτων που πηγάζει από τα προγράμματα Αγωγής Υγείας στη διδασκαλία των άλλων μαθημάτων, εξέφρασαν και τον τρόπο που θεωρούν οι ίδιοι με τον οποίο θα μπορούσε να επιτευχθεί ο συγκεκριμένος στόχος (Πίνακας 6).

Πίνακας 6.

Τρόποι διάχυσης και σύνδεσης της μεθοδολογίας των σχολικών δραστηριοτήτων που πηγάζει από τα προγράμματα Αγωγής Υγείας στη διδασκαλία των άλλων μαθημάτων σύμφωνα με τις απόψεις των εκπαιδευτικών (N=200)

	Πάρα πολύ	Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου	Δεν απαντώ
Θεατρική παράσταση, προβολή ταινιών, καλλιτεχνικές δραστηριότητες	28.2	30.0	28.6	8.0	3.3	1.9
Ομαδικές Εργασίες στην Τάξη	22.5	31.5	30.0	11.3	3.3	1.4
Εμπλουτισμός της υπάρχουσας ύλης με συγκεκριμένα αποσπάσματα περί του θέματος	12.7	20.3	39.6	19.8	4.2	3.3
Επισκέψεις ειδικών στο σχολείο για ημερίδες/σεμινάρια σχετικά με την Αγωγή Υγείας	38.0	31.0	21.6	8.0	0.0	1.4
Διαδίκτυο	31.9	28.2	25.8	10.8	.9	2.3
Δικτύωση σχολείων και συμμετοχή σε κοινές δραστηριότητες υπό το ίδιο πρόγραμμα Αγωγής Υγείας εκτός σχολείου	34.7	29.1	23.0	10.8	0.0	2.3
Συνεργασία Εκπαιδευτικού -Γονέα	22.5	38.0	29.6	8.0	.5	1.4

Η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών θεωρεί ότι οι επισκέψεις ειδικών στο σχολείο για ημερίδες/σεμινάρια σχετικά με την Αγωγή Υγείας (38.0%), το Διαδίκτυο (31.9%) και η Δικτύωση

σχολείων και συμμετοχή σε κοινές δραστηριότητες υπό το ίδιο πρόγραμμα Αγωγής Υγείας εκτός σχολείου (34.7%) είναι οι πιο αποτελεσματικές μέθοδοι διάχυσης και σύνδεσης της μεθοδολογίας των σχολικών δραστηριοτήτων, που πηγάζει από τα προγράμματα Αγωγής Υγείας στη διδασκαλία των άλλων μαθημάτων. Η Θεατρική παράσταση, προβολή ταινιών, καλλιτεχνικές δραστηριότητες (30.0%), οι Ομαδικές Εργασίες στην Τάξη (31.5%) και η Συνεργασία Εκπαιδευτικού –Γονέα (38.0%) είναι εξίσου σημαντικοί τρόποι, αλλά όχι τόσο όσο οι προαναφερθέντες. Ο εμπλουτισμός της υπάρχουσας ύλης με συγκεκριμένα αποσπάσματα περί του θέματος δεν προτιμάται τόσο από τους εκπαιδευτικούς, καθώς δε θεωρείται πολύ σημαντικός τρόπος σύνδεσης των προγραμμάτων με τα υπόλοιπα μαθήματα (39.6%).

Πλην των τρόπων που θα μπορούσαν να εφαρμοστούν για την αποτελεσματική σύνδεση των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας με τα υπόλοιπα μαθήματα της Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, οι εκπαιδευτικοί ακόμα εξέφρασαν ότι τα Επιμορφωτικά σεμινάρια (25.9%) θα βοηθούσαν στην επιτυχημένη υλοποίηση των προγραμμάτων και ως αποτέλεσμα στην επίτευξη του άνωθεν στόχου. Η ύπαρξη κινήτρων (23.8%), η οικονομική ενίσχυση και υλικοτεχνική υποδομή (20.2%), αλλά και η μείωση διδακτικού ωραρίου (16.2%) ορίζουν τρεις σημαντικές προτάσεις από τους εκπαιδευτικούς για το μέλλον της κατασκευής και υλοποίησης αντίστοιχων προγραμμάτων. Ο φόρτος εργασίας κρίνεται ως το πέμπτο σημαντικό κριτήριο (13.9%) κατά σειρά από τους εκπαιδευτικούς για την πραγματοποίηση των Προγραμμάτων Υγείας στη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση.

Ενθαρρυντικά είναι τα αποτελέσματα ως προς το γεγονός ότι το 77.7% των εκπαιδευτικών υποστήριξε ότι θα αναλάμβανε στο μέλλον ένα πρόγραμμα Αγωγής Υγείας, ανεξαρτήτως αν έχει ήδη αναλάβει κάποιο πρόγραμμα Αγωγής Υγείας, διότι αυτό σύμφωνα με την άποψή τους θα βοηθήσει τους μαθητές ως προς την υγεία τους, αλλά θα βοηθήσει και τους ίδιους να επιμορφωθούν και να καλλιεργηθούν. Αντιθέτως, το 22.3% των εκπαιδευτικών θεωρεί ότι δε θα προέβαινε σε μία τέτοια διαδικασία στο μέλλον λόγω φόρτου εργασίας, λόγω ότι χρειάζεται να πραγματοποιούνται τα προγράμματα Αγωγής Υγείας εκτός σχολικού ωραρίου και ότι οι μαθητές δε θα είχαν όρεξη να τα παρακολουθήσουν.

5.6 Συσχετίσεις παραμέτρων

Από την ανάλυση ανεξαρτησίας Chi-Square που εφαρμόστηκε, αναδεικνύεται ότι σε επίπεδο εμπιστοσύνης 95%, για τους εκπαιδευτικούς που έχουν εφαρμόσει στο παρελθόν κάποιο Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας, η μόρφωση δεν είναι ανεξάρτητη με το λόγο που επιλέγουν οι εκπαιδευτικοί να συμμετέχουν σε προγράμματα Αγωγής Υγείας λόγω συμπλήρωσης ωραρίου [$\chi^2 (15) = 27.43, p = .025$], αλλά και λόγω οικονομικού οφέλους [$\chi^2 (12) = 22.37, p = .034$]. Κατά συνέπεια, η επιλογή των

εκπαιδευτικών να συμμετέχουν σε Προγράμματα Αγωγής Υγείας λόγω συμπλήρωσης ωραρίου και οικονομικού οφέλους εξαρτάται από το μορφωτικό επίπεδό τους.

Από την άλλη πλευρά, για τους εκπαιδευτικούς που δεν έχουν πραγματοποιήσει στο παρελθόν κάποιο Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας, σε επίπεδο εμπιστοσύνης 95% φαίνεται πως το φύλο εξαρτάται με το λόγο που δεν επιλέγουν οι εκπαιδευτικοί να συμμετέχουν σε προγράμματα Αγωγής Υγείας λόγω της αδιαφορίας των μαθητών [$\chi^2 (5) = 16.54, p = .005$]. Η ηλικία εξαρτάται με το λόγο που δεν επιλέγουν οι εκπαιδευτικοί να συμμετέχουν σε προγράμματα Αγωγής Υγείας, λόγω της απουσίας κατάλληλου εκπαιδευτικού υλικού [$\chi^2 (20) = 32.24, p = .041$]. Η μόρφωση εξαρτάται με το λόγο που δεν επιλέγουν οι εκπαιδευτικοί να συμμετέχουν σε προγράμματα Αγωγής Υγείας λόγω της έλλειψης επιχορηγήσεων από το κράτος [$\chi^2 (20) = 32.24, p = .041$]. Τα έτη προϋπηρεσίας των εκπαιδευτικών εξαρτώνται με το λόγο που δεν επιλέγουν οι εκπαιδευτικοί να συμμετέχουν σε προγράμματα Αγωγής Υγείας λόγω της απουσίας κατάλληλου εκπαιδευτικού υλικού [$\chi^2 (20) = 37.75, p = .010$] και λόγω της έλλειψης στήριξης από το επαγγελματικό περιβάλλον [$\chi^2 (20) = 34.03, p = .026$]. Συνοψίζοντας, οι άνδρες και οι γυναίκες αποφασίζουν διαφορετικά για το αν θα συμμετέχουν σε μελλοντικά Προγράμματα Αγωγής Υγείας και η αιτία αυτού είναι η αδιαφορία των μαθητών που πιθανόν εμφανίζεται ως προς τα Προγράμματα. Οι εκπαιδευτικοί ανάλογα με την ηλικία τους αποφασίζουν διαφορετικά αν θα συμμετέχουν στα Προγράμματα Αγωγής Υγείας και σημαντική αιτία που συσχετίζεται και διαφοροποιεί τις απόψεις των εκπαιδευτικών ανάλογα με την ηλικία τους είναι η απουσία κατάλληλου εκπαιδευτικού υλικού. Ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδό τους επιλέγουν να μη λαμβάνουν μέρος σε Προγράμματα Αγωγής Υγείας λόγω της έλλειψης επιχορηγήσεων από το κράτος. Η απουσία κατάλληλου εκπαιδευτικού υλικού και η έλλειψη στήριξης από το επαγγελματικό περιβάλλον είναι σημαντικές αιτίες στη μη συμμετοχή των εκπαιδευτικών στα Προγράμματα Αγωγής Υγείας. Οι αιτίες μη συμμετοχής των εκπαιδευτικών στα Προγράμματα διαφοροποιούνται ανάλογα με τα έτη που υπηρετούν στον εκπαιδευτικό χώρο.

Ακόμα, από την ανάλυση συσχέτισης κατά Spearman σε επίπεδο εμπιστοσύνης 95% προκύπτει ότι, η μόρφωση των εκπαιδευτικών συσχετίζεται θετικά με το πλήθος των σχολικών ετών κατά το οποία έχουν αναλάβει οι εκπαιδευτικοί να υλοποιήσουν κάποιο Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας [$r = .214, p = .020$]. Έτσι λοιπόν, όσο πιο υψηλό είναι το μορφωτικό επίπεδο των εκπαιδευτικών, τόσο περισσότερο οι εκπαιδευτικοί επιλέγουν να συμμετέχουν στα Προγράμματα Αγωγής Υγείας. Επίσης, τα έτη προϋπηρεσίας του εκπαιδευτικού συσχετίζονται θετικά με την υλοποίηση Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας από τους εκπαιδευτικούς λόγω οικονομικού οφέλους [$r = .201, p = .027$]. Όσο μεγαλύτερη είναι η προϋπηρεσία των εκπαιδευτικών στον εκπαιδευτικό χώρο, τόσο περισσότερο επιλέγουν να συμμετέχουν σε Προγράμματα Αγωγής Υγείας με κύριο αίτιο το οικονομικό όφελος.

Για τους εκπαιδευτικούς που δεν έχουν πραγματοποιήσει στο παρελθόν κάποιο πρόγραμμα Αγωγής Υγείας, η ηλικία συσχετίζεται θετικά με τη μη υλοποίηση Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας από τους εκπαιδευτικούς, λόγω έλλειψης γνώσεων και δεξιοτήτων για το αντικείμενο [$r=.181$, $p=.031$], λόγω απουσίας κατάλληλου εκπαιδευτικού υλικού [$r=.376$, $p<.001$], λόγω έλλειψης στήριξης από το επαγγελματικό περιβάλλον [$r=.234$, $p=.008$], λόγω της αδιαφορίας των μαθητών [$r=.243$, $p=.006$] και λόγω έλλειψης επιχορηγήσεων από το κράτος [$r=.219$, $p=.012$]. Όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία των εκπαιδευτικών, τόσο περισσότερο οι εκπαιδευτικοί επιλέγουν να μη συμμετέχουν στα Προγράμματα Αγωγής Υγείας, λόγω έλλειψης γνώσεων και δεξιοτήτων για το αντικείμενο, απουσίας κατάλληλου εκπαιδευτικού υλικού, έλλειψης στήριξης από το επαγγελματικό περιβάλλον και επιχορηγήσεων από το κράτος, καθώς και λόγω της αδιαφορίας των μαθητών.

Επιπροσθέτως, τα έτη προϋπηρεσίας του εκπαιδευτικού συσχετίζονται θετικά με τη μη υλοποίηση Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας από τους εκπαιδευτικούς λόγω απουσίας κατάλληλου εκπαιδευτικού υλικού [$r=.230$, $p=.008$], λόγω έλλειψης στήριξης από το επαγγελματικό περιβάλλον [$r=.252$, $p=.004$] και λόγω έλλειψης επιχορηγήσεων από το κράτος [$r=.278$, $p=.002$]. Όσο μεγαλύτερη είναι η προϋπηρεσία των εκπαιδευτικών στον εκπαιδευτικό χώρο, τόσο περισσότερο οι εκπαιδευτικοί επιλέγουν να μη συμμετέχουν στα Προγράμματα Αγωγής Υγείας, λόγω απουσίας κατάλληλου εκπαιδευτικού υλικού, έλλειψης στήριξης από το επαγγελματικό περιβάλλον και επιχορηγήσεων από το κράτος.

Επιπλέον, το μορφωτικό επίπεδο συσχετίζεται με το αν οι εκπαιδευτικοί θα αναλάμβαναν στο μέλλον ένα Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας [$X^2 (3)= 9.22$, $p=.026$]. Κατά συνέπεια, το μορφωτικό επίπεδο των εκπαιδευτικών επιδρά στις απόψεις τους αναλόγως για το αν θα αναλάμβαναν να συμμετέχουν σε μελλοντικά Προγράμματα Αγωγής Υγείας. Η πεποίθηση των εκπαιδευτικών πως η Αγωγή Υγείας πρέπει να ενταχθεί ως μάθημα στο αναλυτικό πρόγραμμα της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης εξαρτάται από την ηλικία των εκπαιδευτικών [$X^2 (3)= 9.22$, $p=.026$] και τα έτη προϋπηρεσίας στο ρόλο του Εκπαιδευτικού [$X^2 (12)= 25.27$, $p=.014$]. Ανάλογα με την ηλικία των εκπαιδευτικών και της προϋπηρεσίας τους, οι απόψεις τους διαφοροποιούνται για το αν προτείνουν οι ίδιοι να ενταχθεί η Αγωγή Υγείας ως μάθημα στο αναλυτικό πρόγραμμα της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης.

Η αποτελεσματική και συχνή εφαρμογή του προγράμματος Αγωγής Υγείας «Σχολεία Χωρίς Καπνό» εξαρτάται από το αν είναι επιτυχημένη εφαρμογή του προγράμματος και αν θα είχε αντίκτυπο στην ατομική και Δημόσια Υγεία σε επίπεδο εμπιστοσύνης 95% [$X^2 (4)= 41.82$, $p<.001$]. Οι εκπαιδευτικοί θεωρούν ότι η αποτελεσματική πραγματοποίηση του προγράμματος Αγωγής Υγείας «Σχολεία Χωρίς Καπνό» συσχετίζεται με το αν το συγκεκριμένο πρόγραμμα πραγματοποιείται με τρόπο που θα έχει ουσιαστικό αντίκτυπο στην ατομική και Δημόσια Υγεία. Επίσης, η αποτελεσματική

και συχνή εφαρμογή του Προγράμματος Αγωγής Υγείας «Δ.Ρ.Α.Σ.Ε.» εξαρτάται από το αν είναι η επιτυχημένη εφαρμογή του προγράμματος λόγω της εμπλοκής ειδικών (ιατρών, νοσηλευτών, κ.α.) θα βοηθούσε στην επίτευξη των στόχων της προαγωγής της υγείας σε επίπεδο εμπιστοσύνης 95% [$X^2(3) = 9.93$, $p = .019$], καθώς επίσης η αποτελεσματική και συχνή εφαρμογή του προγράμματος Αγωγής Υγείας «Σεξουαλική Υγεία» εξαρτάται από το αν είναι η επιτυχημένη εφαρμογή του προγράμματος λόγω της εμπλοκής ειδικών (ιατρών, νοσηλευτών, κ.α.) θα βοηθούσε στην επίτευξη των στόχων της Προαγωγής της Υγείας σε επίπεδο εμπιστοσύνης 95% [$X^2(4) = 10.06$, $p = .039$]. Η αποτελεσματική πραγματοποίηση του προγράμματος Αγωγής Υγείας «Δ.Ρ.Α.Σ.Ε.» και «Σεξουαλική Υγεία» συσχετίζεται με το αν το συγκεκριμένο πρόγραμμα πραγματοποιείται με τρόπο που έχει ουσιαστικό αντίκτυπο και που η εμπλοκή ειδικών (ιατρών, νοσηλευτών, κ.α.) θα ήταν κομβικό σημείο στην ουσιαστική και αποτελεσματική εφαρμογή των Προγραμμάτων.

Η αποτελεσματική και συχνή εφαρμογή του Προγράμματος Αγωγής Υγείας «Δ.Ρ.Α.Σ.Ε.» συσχετίζεται θετικά με την πεποίθηση των εκπαιδευτικών ότι στη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση έχει θέση η Αγωγή Υγείας [$r = .245$, $p = .015$]. Όσο πιο αποτελεσματική είναι η εφαρμογή του Προγράμματος Αγωγής Υγείας «Δ.Ρ.Α.Σ.Ε.», τόσο περισσότερο οι εκπαιδευτικοί επιθυμούν να συμμετέχουν στο συγκεκριμένο πρόγραμμα και να ενισχύσουν τη θέση του στον εκπαιδευτικό χώρο. Η συγκεκριμένη άποψη ενισχύεται από το γεγονός ότι σε επίπεδο εμπιστοσύνης 95%, φαίνεται να υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της αποτελεσματικής και συχνής εφαρμογής του Προγράμματος Αγωγής Υγείας «Δ.Ρ.Α.Σ.Ε.» και της πεποίθησης των εκπαιδευτικών ότι η Αγωγή Υγείας δεν πρέπει να υφίσταται διότι οι μαθητές διδάσκονται για αυτά τα θέματα σε αντίστοιχα μαθήματα [$r = -.192$, $p = .045$]. Όσο πιο αποτελεσματική είναι η εφαρμογή του Προγράμματος Αγωγής Υγείας «Δ.Ρ.Α.Σ.Ε.», τόσο λιγότερο θεωρούν οι εκπαιδευτικοί ότι τα θέματα που διαπραγματεύονται στο συγκεκριμένο πρόγραμμα είναι απαραίτητο να τα διαπραγματεύονται και σε αντίστοιχο μάθημα στη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκαν οι απόψεις και στάσεις εκπαιδευτικών της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, που υπηρετούσαν σε σχολεία του Ν. Λάρισας, ως προς το επίπεδο επιμόρφωσης και εμπειρίας τους στα προγράμματα Αγωγής Υγείας. Βάσει των αποτελεσμάτων που διεξήχθησαν διαφαίνεται πως υπάρχουν πολλοί ανασταλτικοί παράγοντες για τη μη υλοποίηση κάποιου προγράμματος Αγωγής Υγείας, με κυριότερο τον παράγοντα της έλλειψης στήριξης από το επαγγελματικό περιβάλλον αλλά και την αδιαφορία των ίδιων των μαθητών για αυτά. Επιπρόσθετα, στους εκπαιδευτικούς δεν παρέχονται οι ευκαιρίες και πολλές φορές η δυνατότητα να βελτιώσουν τις γνώσεις τους, έτσι ώστε να μπορούν να συμβάλουν στην διεξαγωγή ενός αποτελεσματικού προγράμματος Αγωγής της Υγείας. Αν και καταβάλλονται προσπάθειες από τη μεριά τους, ωστόσο το

ποσοστό των εκπαιδευτικών που αναλαμβάνει να υλοποιήσει τέτοιου είδους προγράμματα ανέρχεται μόλις σε 44.6%, ποσοστό που θεωρείται χαμηλό για τα δεδομένα της εποχής.

Αναφορικά με την πρώτη ερευνητική υπόθεση που αναπτύχθηκε, για τους παράγοντες που επηρεάζουν τις γνώσεις και τις απόψεις των εκπαιδευτικών για τα προγράμματα Αγωγής Υγείας, οι μέχρι τώρα έρευνες έχουν δείξει ότι η επιμόρφωση των εκπαιδευτικών συχνά θεωρείται ως ένας από τους πιο βασικούς παράγοντες[3,7,11] Συγκεκριμένα η έρευνα των Jourdan et al., το 2008, έδειξε ότι οι εκπαιδευτικοί που έχουν καταρτιστεί και επιμορφωθεί εμπλέκονται πιο συχνά στην υλοποίηση προγραμμάτων και έχουν μια πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση στην εκπαίδευση στα θέματα υγείας.[7] Ταυτόχρονα, όπως επισημαίνουν ο Lee, το 2010 και ο Mukoma et al., το 2004, το αίσθημα της αρμοδιότητας/καθήκοντος, το κίνητρο των εκπαιδευτικών να συμβάλουν στην Προαγωγή της Υγείας, ο κύκλος των γνώσεων και η κάλυψη των αναγκών των μαθητών, η επίδραση που ασκεί το πρόγραμμα σε αυτούς καθώς και η στήριξη που λαμβάνει το σχολείο από τους πολιτικούς φορείς και τη κοινωνία, θεωρούνται επίσης ως σημαντικοί παράγοντες.[10,12] Βάσει των όσων ειπώθηκαν, καθίσταται φανερό ότι τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δεν έρχονται σε αντίθεση με τις μελέτες που έχουν προηγηθεί για το ίδιο θέμα, καθώς μέσα από τα δεδομένα που προέκυψαν από την έρευνα διαφαίνεται ότι οι κυριότεροι λόγοι για τη μη υλοποίηση κάποιου Προγράμματος Αγωγής Υγείας στη σχολική αίθουσα είναι η έλλειψη χρόνου, η έλλειψη γνώσεων και δεξιοτήτων, η απουσία κατάλληλου εκπαιδευτικού υλικού, η έλλειψη επιχορηγήσεων από το κράτος, η αδιαφορία των μαθητών και η έλλειψη στήριξης από το επαγγελματικό περιβάλλον.

Η δεύτερη ερευνητική υπόθεση που αναπτύχθηκε σχετίζεται με το αν παρέχονται ή όχι ευκαιρίες στους εκπαιδευτικούς για να τροποποιήσουν τις υπάρχουσες στάσεις τους ή να βελτιώσουν τις γνώσεις τους. Σύμφωνα με τη μελέτη της Φρούντα Μ., το 2014, βρέθηκε ότι στους εκπαιδευτικούς δεν παρέχονται πάντα οι ευκαιρίες για κατάλληλη επιμόρφωση, η οποία απαιτείται για τη δημιουργία οργανωμένων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας.[56] Έτσι όπως επισημαίνουν και οι Σαλβαράς και Σαλβαρά, το 2011, υφίσταται το πρόβλημα της εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών που πραγματοποιούν προγράμματα Αγωγής Υγείας, καθώς αυτή δεν είναι πάντα επαρκής και δεν υπάρχει συνεχής κατάρτιση.[4] Επίσης η ποσοτική μελέτη που διεξήχθη από τους Jourdan et al., το 2010, κατέδειξε το γεγονός ότι η Αγωγής Υγείας απαιτεί νέες εκπαιδευτικές προσεγγίσεις, οι οποίες τροποποιούν κάποια από τα στοιχεία του παραδοσιακού ρόλου του εκπαιδευτικού μέσα στην τάξη.[3] Αν και το ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα έχει συμπεριλάβει την Αγωγή Υγείας, στα πλαίσια της Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και λειτουργεί ειδικό γραφείο Αγωγής Υγείας στο Υπουργείο Παιδείας [53], ωστόσο μέσα από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης καθίσταται φανερό ότι η πλειονοψηφία των εκπαιδευτικών απαντούν αρνητικά, θεωρώντας πως δεν έχουν τα κατάλληλα εφόδια, θεωρούν ελάχιστη έως και μηδαμινή τη βοήθεια που αποκομίζουν από τα επιμορφωτικά σεμινάρια και ότι η

υλοποίηση προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στα σχολεία, είναι ελάχιστα επαρκής εξαιτίας των μη επιχορηγούμενων δράσεων. Παρόλα αυτά, όπως φαίνεται οι ίδιοι προσπαθούν μέσω ερευνητικών μελετών ή και παρακολούθησης σεμιναρίων και διαλέξεων, να αποκτήσουν την επιμόρφωση που χρειάζεται για να μπορέσουν να τα εντάξουν αποτελεσματικά στο διδακτικό τους έργο.

Η τρίτη ερευνητική υπόθεση που αναπτύχθηκε εξετάζει το ποσοστό των εκπαιδευτικών που αναλαμβάνουν προγράμματα Αγωγής Υγείας και τη συχνότητα διενέργειας των προγραμμάτων αυτών από τους εκπαιδευτικούς. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και οι ως τώρα μελέτες έχουν δείξει ότι οι εκπαιδευτικοί, που έχουν εκπαιδευτεί/καταρτιστεί για ζητήματα Προαγωγής της Υγείας, είναι πιο πιθανό να συμμετέχουν σε τέτοια προγράμματα και να έχουν μια πιο ολιστική προσέγγιση της εκπαίδευσης σε θέματα υγείας από εκείνους που δεν έχουν λάβει τέτοιου είδους εκπαίδευση.[13,21,22,32,36] Τα αποτελέσματα που συνάγονται από την παρούσα έρευνα συνάδουν με την παραπάνω θέση καθώς η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών δήλωσε ότι δεν έχει παρακολουθήσει επιμορφωτικά σεμινάρια σχεδίασης και υλοποίησης προγραμμάτων Αγωγής Υγείας, γεγονός που κάνει τους εκπαιδευτικούς να διστάζουν ή να φοβούνται την ανάληψη ενός τέτοιου εγχειρήματος. Ταυτόχρονα, αποδέχονται πως η ικανότητά τους να δράσουν, προκειμένου να προσφέρουν τη βοήθειά τους στην αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών, είναι περιορισμένη εξαιτίας της έλλειψης απαραίτητων γνώσεων σε θέματα υγείας και του υψηλού αριθμού υποχρεώσεων ως εκπαιδευτικοί, στο συνολικό αριθμό των μαθητών της τάξης τους.

Η τελευταία ερευνητική υπόθεση που αναπτύχθηκε, αφορά το βαθμό που τα προγράμματα Αγωγής Υγείας επηρεάζουν τη ζωή, την υγεία και την ευημερία των μαθητών, σύμφωνα με τις απόψεις των εκπαιδευτικών. Οι έρευνες των Parker et al., το 2006, και Botvin et al., το 2006, κατέδειξαν πως τα προγράμματα Αγωγής Υγείας βοηθούν σημαντικά τους μαθητές να υιοθετήσουν υγιεινές συνήθειες και συμπεριφορές, παρέχοντάς τους τις κατάλληλες γνώσεις και τα κίνητρα για ανάπτυξη μιας πιο θετικής στάσης ζωής.[18,19] Ταυτόχρονα τα προγράμματα αυτά βοηθούν τους μαθητές να πάρουν αποφάσεις για την υγεία τους και να αποκτήσουν την απαραίτητη αυτοπεποίθηση και τις δεξιότητες, για να υλοποιήσουν τις αποφάσεις τους σε πρακτικό επίπεδο.[14,17,33,37,38] Αυτές συγκλίνουν επίσης με όσα υποστηρίζει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας για τα σχολεία Προαγωγής της Υγείας. [1] Στα ίδια συμπεράσματα καταλήγει και η παρούσα έρευνα. Μέσα από την ανάλυση των αποτελεσμάτων διαφαίνεται ότι, η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών θεωρεί ότι τα προγράμματα Αγωγής Υγείας βοηθάνε στην αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών σε θέματα υγείας των μαθητών στο μέγιστο και παρέχεται στους μαθητές η δυνατότητα να αποκτήσουν σημαντικές δεξιότητες για έναν υγιεινό τρόπο ζωής. Υποστηρίζουν επίσης ότι, η συμβολή των προγραμμάτων είναι θετική όχι μόνο για τους μαθητές, αλλά και για την ατομική και Δημόσια Υγεία, τονίζοντας ότι η

εμπλοκή ειδικών (ιατρών, νοσηλευτών, ψυχολόγων κ.α.) θα βοηθούσε στην ολοκληρωτική και πετυχημένη επίτευξη των στόχων της Προαγωγής της Υγείας.

Προτείνεται λοιπόν στους εκπαιδευτικούς της Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης να παρέχεται η κατάλληλη επιμόρφωση και οι πόροι, έτσι ώστε εκείνοι να καθίστανται ικανοί να αναλάβουν το σχεδιασμό και την υλοποίηση προγραμμάτων Αγωγής της Υγείας. Όπως επισημαίνει ο Kann et al., το 2007, η ενσωμάτωση των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στο αναλυτικό πρόγραμμα σπουδών της χώρας θεωρείται απαραίτητη.[20] Σημαντικό κομμάτι στην υλοποίηση των προγραμμάτων θα μπορούσε να διαδραματίσει και η επικοινωνία των εκπαιδευτικών με τους γονείς των μαθητών, έτσι ώστε και εκείνοι να ενημερωθούν για τη σημασία των προγραμμάτων Αγωγής της Υγείας. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω της οργάνωσης ημερίδων ή και εκδηλώσεων στα σχολεία, με απώτερο στόχο να κατανοήσουν και οι γονείς των παιδιών τη σημασία που έχει η Αγωγή της Υγείας στο να δημιουργεί άτομα λειτουργικά και ικανά να κάνουν επιλογές με στόχο την υγεία. [3,37,41,48]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, η κατάσταση όπως περιγράφηκε, τόσο μέσω βιβλιογραφικής επισκόπησης όσο και μέσω της εμπειρικής μελέτης, σε παιδαγωγούς Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, είναι ενθαρρυντική από τη σκοπιά των εκπαιδευτικών. Οι εκπαιδευτικοί και κατανοούν και είναι πρόθυμοι να συμμετέχουν σε οργανωμένα προγράμματα Αγωγής της Υγείας, ανεξαρτήτως των δυσκολιών που προκύπτουν. Όμως, για να μπορέσουν να λειτουργήσουν τα προγράμματα αυτά αποτελεσματικά, θα πρέπει να τους παρέχεται η κατάλληλη επιμόρφωση σχετικά με το αντικείμενο αλλά και τα μέσα για την πραγματοποίηση αυτών.

Συγκεκριμένα, οι εκπαιδευτικοί θεωρούν ότι, το αντικείμενο της Αγωγής Υγείας εμπίπτει στα προκαθορισμένα εκπαιδευτικά τους αντικείμενα. Αυτό το γεγονός τεκμηριώνεται κι από το ότι θεωρούν πως δεν πρέπει να υπάρχουν επιπλέον κίνητρα ούτως ώστε να συμμετέχουν σε οργανωμένα προγράμματα Αγωγής της Υγείας. Συνεπώς, θεωρούν πως η Αγωγή της Υγείας πρέπει και μπορεί να είναι στα προκαθορισμένα εκπαιδευτικά τους καθήκοντα. Στη βάση αυτή, θα ήταν ενδιαφέρον μελλοντικά να εξεταστεί το κατά πόσο οι εκπαιδευτικοί στην Ελλάδα αντιλαμβάνονται ως κρίσιμη τη διεξαγωγή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας και την ένταξη αυτών στην εκπαίδευση, μέσω της ενσωμάτωσής τους στο αναλυτικό πρόγραμμα σπουδών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Stewart-Brown S. What is the Evidence on School Health Promotion in improving Health or Preventing Disease and specifically, what is the Effectiveness of the Health Promoting School Approach? WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report), 2006.
Ημερομηνία πρόσβασης [4-3-2016] από [\[http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/74653/E88185.pdf\]](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/74653/E88185.pdf)
2. Dawson P, Guare R. Executive Skills in Children and Adolescents: A Practical Guide to Assessment and Intervention. New York: Guilford Press, 2010.
3. Jourdan D, Pommier J, Quidu F. Practices and representations of health education among primary school teachers. Scand J Public Health, 2010, 38(1): 86-94.
4. Σαλβαράς Γ, Σαλβαρά Μ. Μοντέλα και στρατηγικές διδασκαλίας: Κατασκευή και χρήση εργαλείων διδασκαλίας, Αθήνα, εκδόσεις Διάδραση, 2011.
5. McQueen D, Jones C.M. Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness, New York: Springer, 2007
6. WHO. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, Switzerland, 1986. Ημερομηνία πρόσβασης [5-3-2016] από <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
7. Jourdan D, Samdal O, Diagne F, Carvalho G. The Future of Health Promotion in Schools goes through the strengthening of Teacher Training at a global level. Promot. Educ, 2008, 15(3): 36-38.
8. International Union for Health Promotion and Education. Achieving health promoting schools: Guidelines for promoting health in schools. Version 2 of the document 'Protocols and guidelines for health promoting schools'. International Union for Health Promotion and Education, 2008. Ημερομηνία πρόσβασης [5-3-2016] από http://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/HPS/HPSGuidelines_ENG.pdf
9. Sapon-Shevin M. Widening the Circle: The Power of Inclusive Classrooms. Beacon Press. 2007
10. Lee A, Health-promoting schools: evidence for a holistic approach to promoting health and improving health literacy. Appl Health Econ Health Policy, 2009, 7(1):11-7.
11. Nutbeam DJ .Promoting health and preventing disease: an international perspective on youth health promotion. Adolesc Health, 1997, 20(5):396-402.
12. Mukoma W, Flisher A, Evaluations of health promoting schools: a review of nine studies. Oxford Journals, Health Promotion International, 2004, 19(3):357-3

13. Pommier J, Jourdan D, Berger D, Vandoorne C, Piorecka B, De Carvalho GS. School health promotion: organization of services and roles of health professionals in seven European countries. *Eur J Public Health*, 2010, 20(2):182-8
 14. Puhl RM, Latner, JD. Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychological bulletin*, 2007, 133(4): 557-580.
 15. Francisco GS, Plass J, Kane MW., et al. Health Education and Multimedia Learning: Educational Psychology and Health Behavior Theory, *Health Promotion Practice*, 2003, 4(3): 288-292.
 16. Parker E, Meiklejohn B, Patterson C., et al. Our games our health: a cultural asset for promoting health in Indigenous communities. *Health Promotion Journal of Australia*. 2006, 17 (2):103–8.
 17. Botvin GJ, Griffin KW, Nichols TR. Preventing youth violence and delinquency through a universal school-based prevention approach. *Prevention Science*, 2006, 7(4): 403-408.
 18. Kann L, Telljohann SK, Wooley SF. Health Education: Results From the School Health Policies and Programs Study. *Journal of School Health*.2007, 77 (8): 408-434.
 19. Hoelscher D, Springer A, Ranjit N et al. Reductions in child obesity among disadvantaged school children with community involvement: the Travis County CATCH Trial. *Obesity*, 2010, 18(1):36-44.
 20. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE., et al. Agency for Healthcare Research and Quality. Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review. *Evid Rep Technol Assess*, 2011, (199):1-941.
 21. Σούλης Σ. Ένα Σχολείο για Όλους. Αθήνα, εκδόσεις Gutenberg, 2008
 22. Σώκου Κ. Η Προαγωγή της Ψυχικής Υγείας στην Σχολική Κοινότητα. Αθήνα, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2004.
 23. Marzano R. What Works in Schools: Translating Research into Action. Alexandria, VA: ASCD. 2003.
 24. Hogg W, Rowan M, Russell , Geneau R, Muldoon L. Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain. *International journal for quality in health care* 2007, 20(5):308–13.
 25. Gatchel R, Oordt S. Clinical Health Psychology and Primary Help, DC: APA books, Washington, 2003.
 26. Wilson T, Bogden J. National Association of State Boards of Education. Fit, Healthy, and Ready to Learn, Part III. Alexandria, VA: National Association of State Boards of Education 2005.
- Ημερομηνία πρόσβασης [30-3-16] από
- http://www.dcasthma.org/nasbe_school_policy_2006_asthma.pdf

27. Κιουλάνης Σ, Μαντζανάρης Κ. Ενισχύοντας την επιμόρφωση των εκπαιδευτικών στα ΣΔΕ. Η εξ αποστάσεως εκπαίδευση ως υποστηρικτικός τρόπος διαχείρισης της εκπαιδευτικής διαδικασίας. Πειραιάς: 3ο Διεθνές Συνέδριο Επιστημονικής Ένωσης Εκπαίδευσης Ενηλίκων. 2008
28. Cottrell R, McKenzie J. Health promotion and education research methods. Sudbury, Massachusetts: Jones & Bartlett Learning. 2005.
29. Καρατζά Μ. Ο ρόλος του εκπαιδευτή ενηλίκων για την υποστήριξη της δια βίου μάθησης. Εκπαίδευση Ενηλίκων: Οι Εκπαιδευτές Ενηλίκων στην Ελλάδα, Αθήνα, 2005
30. McKenzie J, Neiger B, Smeltzer J. Planning implementing and evaluating health promotion programs: a primer. 4th ed. San Francisco: Benjamin Cummings, 2005.
31. Rimer B, Glanz K. Theory at a glance. A guide for health promotion practice, 2nd ed., Bethesda, Maryland: US Department of Health and Human Services. 2005
32. Demissie Z, Brener N, McManus T, Characteristics of Health Programs Among Secondary Schools ,Centers for Disease Control and Prevention 2015. Ημερομηνία πρόσβασης [10-3-16] από [http://www.cdc.gov/healthyyouth/data/profiles/pdf/2014/2014_profiles_report.pdf]
33. Foti K, Balaji A, Shanklin S. Uses of Youth Risk Behavior Survey and School Health Profiles data: applications for improving adolescent and school health. Journal of School Health. 2011, 81(6):341–350.
34. Geiger B, Petri C, Barber C. A university-school system partnership to assess the middle school health program. American Journal of Health Studies. 2004, 19(3): 158-163.
35. Συλλογικό Έργο. Διαφοροποιημένη διδασκαλία: Θεωρητικές προσεγγίσεις και εκπαιδευτικές πρακτικές. Αθήνα: Πεδίο. 2013.
36. Sherwood-Puzzello C, Miller M, Lohrmann D, Gregory P. Implementation of CDC's School Health Index in 3 midwest middle schools: motivation for change. Journal of School Health. 2007, 77: 285–293.
37. Austin S, Fung T, Cohen-Bearak A, Wardle K, Cheung L. Facilitating change in school health: a qualitative study of schools' experiences using the School Health Index. Preventing Chronic Disease. 2006, 3(2): A35.
38. Staten L, Teufel-Shone N, Steinfelt V et al. The School Health Index as an impetus for change. Preventing Chronic Disease. 2005, 2(1):A19.
39. Markham C, Lormand D, Gloppen K, et al. Connectedness as a predictor of sexual and reproductive health outcomes for youth. Journal of Adolescent Health. 2010, 46(3):23–41.
40. Redding S, Langdon J, Meyer J, Sheley P. The Effects of Comprehensive Parent Engagement on Student Learning Outcomes. Presentation at the Annual Convention of American

- Educational Research Association. San Diego, CA: American Educational Research Association, 2004.
41. Burrus B, Leeks K, Sipe T, et al. Person-to-person interventions targeted to parents and other caregivers to improve adolescent health: a Community Guide system. *American Journal of Preventive Medicine*. 2012, 42(3):316–326.
 42. Kirby D, Laris B, Rollieri L. Sex and HIV Education Programs for Youth: Their Impact and Important Characteristics. Washington, DC: Family Health International, 2006. Ημερομηνία πρόσβασης [20-3-16] από
[<http://recapp.etr.org/recapp/documents/programs/SexHIVedProgs.pdf>]
 43. Summerbell CD, Waters E, Edmunds LD, Kelly S, Brown T, Campbell KJ. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005, 20: 1-73.
 44. Buijs G. Better Schools through Health: networking for health promoting schools in Europe. *European Journal of Education*, 2009, 44(4)
 45. Toomey R, Ryan C, Diaz R, Russell S. High school gay-straight alliances (GSAs) and young adult well-being: an examination of GSA presence, participation, and perceived effectiveness. *Applied Developmental Science*. 2011, 15(4): 175–185.
 46. WHO. World Health Organization 1951, Expert committee on school health services. Geneva. Ημερομηνία πρόσβασης [5-4-16] από
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40137/1/WHO_TRS_30.pdf.]
 47. Parcel GS, Kelger SH, Basen-Engquist K. The School as a setting for health promotion. *Linking Theory and practice*. London: Sage Publication, 2000.
 48. Nutbeam D. The health promoting school; closing the gap between theory and practice. *Health Promotion International*. 1992, 7(3):151-153.
 49. WHO, World Health Organization 1998. Health Promoting Schools, a healthy setting for living, learning and working, Division of Health Promoting Education and Communication, Health Education and Health promotion Unit. Geneva, Switzerland.
 50. International Union for Health Promotion and Education. Achieving health promoting schools: Guidelines for promoting health in schools. Version 2 of the document ‘Protocols and guidelines for health promoting schools’. 2008.
 51. Δαρβίρη Χ. Προαγωγή Υγείας, 2^η Έκδοση, Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, 2007:121-205
 52. First Conference of the European Network of Health Promoting Schools. The health promoting school-an investment in education, health and democracy. Conference report, Thessaloniki – Halkidiki, Greece, 1-5, 1997. Ημερομηνία πρόσβασης [20-3-16] από
[http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0013/120307/E72971.pdf]

53. Υπουργείο Παιδείας, Έρευνας και Θρησκευμάτων, Αγωγή Υγείας και Περιβαλλοντική Αγωγή, Ημερομηνία πρόσβασης [30-3-16] από [<https://www.minedu.gov.gr/eniaios-dioikitikos-tomeas-protobathmias-kai-deyterobathmias-ekpaideysis/dieythynsi-epaggelmatikoy-prosanatolismoy-kai-ekpaideytikon-drastiriotiton/tmima-b-agogis-ygeias-kai-periballontikis-agogis>]
54. Υπουργείο Παιδείας, Έρευνας και Θρησκευμάτων, Σχεδιασμός και Υλοποίηση Προγραμμάτων Σχολικών Δραστηριοτήτων, Ημερομηνία πρόσβασης [30-3-16] από [http://www.esos.gr/sites/default/files/articles-legacy/ol8x4653ps-o8r_0.pdf]
55. Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού, Αγωγή Υγείας. Ημερομηνία πρόσβασης [30-3-16] από [http://www.moec.gov.cy/agogi_ygeias/]
56. Φρούντα Μ, Καινοτομικά Προγράμματα Αγωγής Υγείας στη Μέση Εκπαίδευση: Καθηγητές και Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση Εφήβων, Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, 2014
57. Creswell JW. Η έρευνα στην εκπαίδευση: Σχεδιασμός, διεξαγωγή και αξιολόγηση της ποσοτικής και ποιοτικής έρευνας (Επιμ. Χαράλαμπος Τζορμπατζούδης). Αθήνα: Ίων, 2011.
58. Kothari GR, Research Methodology Methods and Techniques, New Age International, 2004
59. Ψαρρού ΜΚ, Ζαφειρόπουλος Κ. Επιστημονική έρευνα: Θεωρία και εφαρμογές στις κοινωνικές επιστήμες. Αθήνα: Τυπωθήτω, 2001.
60. Πασχαλούδης Δ, Ζαφειρόπουλος Κ. Έρευνα Μάρκετινγκ. Εκδόσεις Γκιούρδας, Αθήνα, σελ. 88, 2002.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΘΕΜΑ: “ ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ”

Αγαπητέ συνάδελφε,

Με τη συμμετοχή σας στην έρευνα συμπληρώνοντας το παρόν ερωτηματολόγιο συνδράμετε ενεργά στην μελέτη και κατανόηση των Γνώσεων και Στάσεων των εκπαιδευτικών Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης ως προς τα προγράμματα Αγωγής Υγείας.

Σημειώνεται πως θα διατηρηθεί η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα των δεδομένων που θα συλλεχθούν. Επίσης σημειώνεται ότι η συμμετοχή σας είναι εθελοντική. Στηριζόμαστε στην ένθερμη προθυμία σας να μας βοηθήσετε.

Η χρονική διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου εκτιμάται στα 10 λεπτά.

Για τυχόν απορίες ως προς το σκοπό της έρευνας, τη διαδικασία συμπλήρωσης ερωτηματολογίου, ακόμα και για περαιτέρω διευκρινίσεις περί των ερωτήσεων και όχι μόνο, παρακαλώ επικοινωνήστε μαζί μας στο e-mail:mpolimeridou@gmail.com

Σας Ευχαριστούμε,

Πολυμερίδου Μαρία

Οδηγίες Συμπλήρωσης Ερωτηματολογίου:

Παρακαλώ επιλέξτε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο. Επιλέξτε με ✓ την επιλογή που προτιμάτε στις κλειστού τύπου ερωτήσεις, π.χ. φύλο και συμπληρώστε την απάντησή σας ολογράφως στις ανοιχτού τύπου ερωτήσεις.

A. Δημογραφικά Στοιχεία Εκπαιδευτικού

1. Φύλο:

☐ Άντρας

☐ Γυναίκα

2. Ηλικία:

☐ <25 ετών

☐ 25-35 ετών

☐ 36-45 ετών

☐ 46-55 ετών

☐ >55 ετών

3. Μορφωτικό Επίπεδο:

☐ Πτυχιούχος ΤΕΙ

☐ Πτυχιούχος ΑΕΙ

☐ Κάτοχος Μεταπτυχιακού Διπλώματος

☐ Κάτοχος Διδακτορικού Διπλώματος

4. Εργάζεστε στη Βαθμίδα Εκπαίδευσης:

☐ Γυμνάσιο

☐ Γενικό Λύκειο

☐ Επαγγελματικό Λύκειο

5. Έτη Προϋπηρεσίας στο ρόλο του Εκπαιδευτικού:

☐ <5 ετών

☐ 5-10 ετών

☐ 11-15 ετών

☐ 15-20 ετών

☐ >20 ετών

B. ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ & ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΣΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

6. Γνωρίζετε τις έννοιες Προαγωγή Υγείας, Αγωγή Υγείας στο ρόλο του Εκπαιδευτικού;

☐ Ναι

☐ Όχι

☐ Δεν Ξέρω

7. Κρίνεται σημαντική την Προαγωγή Υγείας στην εκπαίδευση και πιο συγκεκριμένα στη τάξη σας στο μέλλον;

☐ Πάρα πολύ ☐ Πολύ ☐ Αρκετά ☐ Λίγο ☐ Καθόλου ☐ Δεν απαντώ

8. Έχετε εκπαιδευτεί στο πώς να σχεδιάσετε και να υλοποιήσετε ένα πρόγραμμα Αγωγής Υγείας στους μαθητές σας μέσω των ειδικών επιμορφωτικών σεμιναρίων;

☐ Ναι ☐ Όχι

9. Κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας σας ως εκπαιδευτικός, έχετε υλοποιήσει προγράμματα Αγωγής Υγείας;

☐ Ναι ☐ Όχι

10. Εάν ναι, παρακαλώ αξιολογήστε τους παρακάτω λόγους για τους οποίους έχετε αναλάβει προγράμματα Αγωγής Υγείας;

-Λόγω της ευαισθησίας μου για τα θέματα υγείας.

☐ Πάρα πολύ ☐ Πολύ ☐ Αρκετά ☐ Λίγο ☐ Καθόλου ☐ Δεν απαντώ

-Λόγω συμπλήρωσης ωραρίου.

☐ Πάρα πολύ ☐ Πολύ ☐ Αρκετά ☐ Λίγο ☐ Καθόλου ☐ Δεν απαντώ

-Λόγω οικονομικού οφέλους.

☐ Πάρα πολύ ☐ Πολύ ☐ Αρκετά ☐ Λίγο ☐ Καθόλου ☐ Δεν απαντώ

-Γιατί μου αρέσει η εξωδιδακτική επαφή με τους μαθητές μου.

☐ Πάρα πολύ ☐ Πολύ ☐ Αρκετά ☐ Λίγο ☐ Καθόλου ☐ Δεν απαντώ

-Άλλο (Παρακαλώ Περιγράψτε)

11. Εάν ναι, πόσα σχολικά έτη έχετε αναλάβει προγράμματα Αγωγής Υγείας;

☐ 1-3 ☐ 4-6 ☐ 7-9 ☐ >=10 σχολικά έτη

12. Εάν ναι, προσδιορίστε τι είδους προγράμματα Αγωγής Υγείας έχετε εφαρμόσει και σε τι συχνότητα;

-Ευρωπαϊκό Δίκτυο Σχολείων Προαγωγής Υγείας.

☐ Καμία Φορά ☐ Μία φορά ☐ 2-3 φορές ☐ 4-5 φορές ☐ >5φορές

-Ευ Ζην.

☐ Καμία Φορά ☐ Μία φορά ☐ 2-3 φορές ☐ 4-5 φορές ☐ >5φορές

-Δράσεις Σχολικής και Κοινωνικής Ένταξης - ΔΡΑ.Σ.Ε. (ΖΕΠ).

☐ Καμία Φορά ☐ Μία φορά ☐ 2-3 φορές ☐ 4-5 φορές ☐ >5φορές

-Κυκλοφοριακή Αγωγή.

☐ Καμία Φορά ☐ Μία φορά ☐ 2-3 φορές ☐ 4-5 φορές ☐ >5φορές

-Μέντωρ.

☐ Καμία Φορά ☐ Μία φορά ☐ 2-3 φορές ☐ 4-5 φορές ☐ >5φορές

-Σεμινάρια Αντιναρκωτικής Αγωγής.

☐ Καμία Φορά ☐ Μία φορά ☐ 2-3 φορές ☐ 4-5 φορές ☐ >5φορές

-Πρόγραμμα Διαφυλικής-Σεξουαλικής Αγωγής.

☐ Καμία Φορά ☐ Μία φορά ☐ 2-3 φορές ☐ 4-5 φορές ☐ >5φορές

-Σχολείο Χωρίς Καπνό.

☐ Καμία Φορά ☐ Μία φορά ☐ 2-3 φορές ☐ 4-5 φορές ☐ >5φορές

13. Παρακαλώ προσδιορίστε την ανταπόκριση των μαθητών στο πρόγραμμα που υλοποιήσατε σημειώνοντας σε ποιο βαθμό εκδήλωσαν ενδιαφέρον ανάλογα με το εκάστοτε πρόγραμμα.

-Ευρωπαϊκό Δίκτυο Σχολείων Προαγωγής Υγείας.

☐ Πάρα πολύ ☐ Πολύ ☐ Αρκετά ☐ Λίγο ☐ Καθόλου ☐ Δεν απαντώ

-Εν Ζην.

☐ Πάρα πολύ ☐ Πολύ ☐ Αρκετά ☐ Λίγο ☐ Καθόλου ☐ Δεν απαντώ

-Δράσεις Σχολικής και Κοινωνικής Ένταξης - ΔΡΑ.Σ.Ε. (ΖΕΠ).

☐ Πάρα πολύ ☐ Πολύ ☐ Αρκετά ☐ Λίγο ☐ Καθόλου ☐ Δεν απαντώ

-Κυκλοφοριακή Αγωγή.

☐ Πάρα πολύ ☐ Πολύ ☐ Αρκετά ☐ Λίγο ☐ Καθόλου ☐ Δεν απαντώ

-Μέντωρ.

☐ Πάρα πολύ ☐ Πολύ ☐ Αρκετά ☐ Λίγο ☐ Καθόλου ☐ Δεν απαντώ

-Σεμινάρια Αντιναρκωτικής Αγωγής.

☐ Πάρα πολύ ☐ Πολύ ☐ Αρκετά ☐ Λίγο ☐ Καθόλου ☐ Δεν απαντώ

-Πρόγραμμα Διαφυλικής-Σεξουαλικής Αγωγής.

☐ Πάρα πολύ ☐ Πολύ ☐ Αρκετά ☐ Λίγο ☐ Καθόλου ☐ Δεν απαντώ

-Σχολείο Χωρίς Καπνό.

☐ Πάρα πολύ ☐ Πολύ ☐ Αρκετά ☐ Λίγο ☐ Καθόλου ☐ Δεν απαντώ

14. Εάν όχι, αξιολογήστε τους παρακάτω λόγους για τους οποίους δεν έχετε υλοποιήσει προγράμματα Αγωγής Υγείας στο σχολείο σας.

-Λόγω έλλειψης γνώσεων και δεξιοτήτων για το αντικείμενο.

☐ Πάρα πολύ ☐ Πολύ ☐ Αρκετά ☐ Λίγο ☐ Καθόλου ☐ Δεν απαντώ

-Λόγω έλλειψης χρόνου.

☐ Πάρα πολύ ☐ Πολύ ☐ Αρκετά ☐ Λίγο ☐ Καθόλου ☐ Δεν απαντώ

-Λόγω απουσίας κατάλληλου εκπαιδευτικού υλικού.

☐ Πάρα πολύ ☐ Πολύ ☐ Αρκετά ☐ Λίγο ☐ Καθόλου ☐ Δεν απαντώ

-Λόγω έλλειψης στήριξης από το επαγγελματικό περιβάλλον.

☐ Πάρα πολύ ☐ Πολύ ☐ Αρκετά ☐ Λίγο ☐ Καθόλου ☐ Δεν απαντώ

-Λόγω της αδιαφορίας των μαθητών.

☐ Πάρα πολύ ☐ Πολύ ☐ Αρκετά ☐ Λίγο ☐ Καθόλου ☐ Δεν απαντώ

-Λόγω έλλειψης επιχορηγήσεων από το κράτος.

☐ Πάρα πολύ ☐ Πολύ ☐ Αρκετά ☐ Λίγο ☐ Καθόλου ☐ Δεν απαντώ

-Άλλο (περιγράψτε)

Γ. Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

15. Κατά πόσο πιστεύετε ότι το υπάρχον νομοθετικό πλαίσιο βοηθάει στην υλοποίηση προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στα σχολεία;

☐ Πάρα πολύ ☐ Πολύ ☐ Αρκετά ☐ Λίγο ☐ Καθόλου ☐ Δεν απαντώ

16. Θεωρείτε τα επιμορφωτικά σεμινάρια επαρκή για την αποτελεσματική υλοποίηση προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στα σχολεία;

☐ Πάρα πολύ ☐ Πολύ ☐ Αρκετά ☐ Λίγο ☐ Καθόλου ☐ Δεν απαντώ

17. Θεωρείτε ότι οι προγραμματισμένες επισκέψεις από τους αρμόδιους φορείς στα σχολεία επαρκούν για την αποτελεσματική υλοποίηση προγραμμάτων Αγωγής Υγείας;

☐ Πάρα πολύ ☐ Πολύ ☐ Αρκετά ☐ Λίγο ☐ Καθόλου ☐ Δεν απαντώ

18. Πιστεύετε πως η Αγωγή Υγείας πρέπει να ενταχθεί ως μάθημα στο αναλυτικό πρόγραμμα της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης;
- ☐ Ναι ☐ Όχι
19. Αξιολογήστε κατά πόσο πιστεύετε ότι υποβοηθά την επίτευξη των στόχων της Αγωγή Υγείας η χρήση των ΤΠΕ.
- ☐ Πάρα πολύ ☐ Πολύ ☐ Αρκετά ☐ Λίγο ☐ Καθόλου ☐ Δεν απαντώ
20. Οι επιχορηγήσεις δράσεων σήμερα είναι επαρκείς για την υλοποίηση προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στα σχολεία;
- ☐ Πάρα πολύ ☐ Πολύ ☐ Αρκετά ☐ Λίγο ☐ Καθόλου ☐ Δεν απαντώ

Δ. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

21. Ποια είναι τα θετικά στοιχεία που θεωρείτε ότι αποκομίζει ένας εκπαιδευτικός υλοποιώντας προγράμματα Αγωγής Υγείας.

Παρακαλώ κατατάξτε κατά σειρά σημαντικότητας ξεκινώντας από το 1 για αυτό που θεωρείτε πιο σημαντικό.

- ☐ Ουσιαστική επικοινωνία με τους μαθητές - γονείς
- ☐ Βελτίωση των προσωπικών σας δεξιοτήτων
- ☐ Βελτίωση της σχολικής επίδοσης των μαθητών
- ☐ Αλλαγή στάσης και συμπεριφοράς από τους μαθητές σχετικά με τα θέματα που αφορούν την υγεία τους
- ☐ Άλλο (Παρακαλώ Προσδιορίστε: _____)

22. Ποια θεωρείτε ότι είναι τα αρνητικά στοιχεία που εμποδίζουν την εμπλοκή των εκπαιδευτικών σε προγράμματα.

Παρακαλώ κατατάξτε κατά σειρά σημαντικότητας ξεκινώντας από το 1 για αυτό που θεωρείτε πιο σημαντικό.

- ☐ Η αδιαφορία και απαξίωση από τους συναδέλφους και από το σύστημα γενικά

- ☐ Η δυσκολία στη συγκέντρωση και οργάνωση των μαθητών
- ☐ Η απουσία υποδομών και πόρων
- ☐ Η έλλειψη κινήτρων
- ☐ Άλλο (Παρακαλώ Προσδιορίστε:_____)

23. Αξιολογήστε τις παρακάτω προτάσεις σχετικά με την αξία των προγραμμάτων Αγωγή Υγείας

-Τα προγράμματα Αγωγής Υγείας βοηθάνε στην αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών σε θέματα υγείας των μαθητών.

- ☐ Πάρα πολύ ☐ Πολύ ☐ Αρκετά ☐ Λίγο ☐ Καθόλου ☐ Δεν απαντώ

-Δίνεται η δυνατότητα στους μαθητές να αποκτήσουν δεξιότητες για έναν υγιεινό τρόπο ζωής.

- ☐ Πάρα πολύ ☐ Πολύ ☐ Αρκετά ☐ Λίγο ☐ Καθόλου ☐ Δεν απαντώ

-Στην Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση δεν έχει θέση η Αγωγή Υγείας.

- ☐ Πάρα πολύ ☐ Πολύ ☐ Αρκετά ☐ Λίγο ☐ Καθόλου ☐ Δεν απαντώ

-Η Αγωγή Υγείας δεν πρέπει να υφίσταται διότι οι μαθητές διδάσκονται για αυτά τα θέματα σε αντίστοιχα μαθήματα

- ☐ Πάρα πολύ ☐ Πολύ ☐ Αρκετά ☐ Λίγο ☐ Καθόλου ☐ Δεν απαντώ

24. Πιστεύετε πως η πετυχημένη εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας θα είχε αντίκτυπο στην ατομική και δημόσια υγεία;

- ☐ Ναι ☐ Όχι

25. Θεωρείτε πως η εμπλοκή ειδικών (ιατρών , νοσηλευτών, κτλ) θα βοηθούσε στην επίτευξη των στόχων της προαγωγής της υγείας;

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Ε. ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΠΕΡΙ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

26. Θεωρείτε ότι πρέπει να υπάρχει διάχυση και σύνδεση της μεθοδολογίας των σχολικών δραστηριοτήτων που πηγάζει από τα προγράμματα Αγωγής Υγείας στη διδασκαλία των άλλων μαθημάτων;

☐ Ναι ☐ Όχι

27. Με ποιο τρόπο θεωρείτε ότι γίνεται καλύτερα η διάχυση των αποτελεσμάτων του προγράμματος Αγωγής Υγείας στη σχολική μονάδα ή στην ευρύτερη κοινότητα.

Παρακαλώ επιλέξτε μία ή και περισσότερες από τις επιλογές που ακολουθούν.

- Θεατρική παράσταση, προβολή ταινιών, καλλιτεχνικές δραστηριότητες

☐ Πάρα πολύ ☐ Πολύ ☐ Αρκετά ☐ Λίγο ☐ Καθόλου ☐ Δεν απαντώ

- Ομαδικές Εργασίες στην Τάξη

☐ Πάρα πολύ ☐ Πολύ ☐ Αρκετά ☐ Λίγο ☐ Καθόλου ☐ Δεν απαντώ

- Εμπλουτισμός της υπάρχουσας ύλης με συγκεκριμένα αποσπάσματα περί του θέματος

☐ Πάρα πολύ ☐ Πολύ ☐ Αρκετά ☐ Λίγο ☐ Καθόλου ☐ Δεν απαντώ

- Επισκέψεις ειδικών στο σχολείο για ημερίδες/σεμινάρια σχετικά με την Αγωγή Υγείας

☐ Πάρα πολύ ☐ Πολύ ☐ Αρκετά ☐ Λίγο ☐ Καθόλου ☐ Δεν απαντώ

- Διαδίκτυο

☐ Πάρα πολύ ☐ Πολύ ☐ Αρκετά ☐ Λίγο ☐ Καθόλου ☐ Δεν απαντώ

- Δικτύωση σχολείων και συμμετοχή σε κοινές δραστηριότητες υπό το ίδιο πρόγραμμα Αγωγής Υγείας εκτός σχολείου

☐ Πάρα πολύ ☐ Πολύ ☐ Αρκετά ☐ Λίγο ☐ Καθόλου ☐ Δεν απαντώ

- Συνεργασία Εκπαιδευτικού -Γονέα

☐ Πάρα πολύ ☐ Πολύ ☐ Αρκετά ☐ Λίγο ☐ Καθόλου ☐ Δεν απαντώ

- Άλλο (Παρακαλώ Προσδιορίστε:_____)

☐ Πάρα πολύ ☐ Πολύ ☐ Αρκετά ☐ Λίγο ☐ Καθόλου ☐ Δεν απαντώ

28. Τι θα προτείνετε για το μέλλον των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας;

Παρακαλώ επιλέξτε μία ή και περισσότερες από τις επιλογές που ακολουθούν.

- ☐ Επιμορφωτικά σεμινάρια
- ☐ Οικονομική ενίσχυση και υλικοτεχνική υποδομή
- ☐ Μείωση διδακτικού ωραρίου
- ☐ Μείωση φόρτου εργασίας
- ☐ Ύπαρξη κινήτρων
- ☐ Άλλο (Παρακαλώ Προσδιορίστε:_____)

29. Θα αναλαμβάνετε στο μέλλον ένα πρόγραμμα Αγωγής Υγείας ανεξαρτήτου αν έχετε αναλάβει ήδη κάποιο πρόγραμμα Αγωγής Υγείας;

☐ Ναι ☐ Όχι

Παρακαλώ δικαιολογείστε την απάντησή σας:

Σας Ευχαριστώ για τον πολύτιμο Χρόνο σας!!